

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**PŘEDŠKOLÁCI SE SYNDROMEM PORUCHY
POZORNOSTI SPOJENÉ S HYPERAKTIVITOU
PRESCHOOL CHILDREN WITH ATTENTION
DISORDER SYNDROME CONNECTED WITH
HYPERACTIVITY**

Bakalářská práce: *11-FP-KSS-2010*

Autor:

Jana HANČOVSKÁ

Podpis:

.....

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palounková

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
73	36	0	7	37	5 + 1 CD

V Liberci dne: 23.4.2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana HANČOVSKÁ**
Osobní číslo: **P09000106**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Předškoláci se syndromem poruchy pozornosti spojené
sáhyperaktivitou**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Analyzovat pohled rodičů a učitelek mateřských škol na symptomy související se syndromem poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou v předškolním období.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.
Metody: Dotazník

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. et al. Hyperkinetická porucha, ADHD. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-419-5.
- DRTÍLKOVÁ, I. Dítě s hyperkinetickou poruchou. 1. vyd. Praha: Gasset, 2006. ISBN 80-903682-6-3.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. Máte neklidné, nesoustředěné dítě. 2. vyd. Praha D + H, 2005. ISBN 978-80-903-869-1-4.
- KUCHARSKÁ, A. Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1999. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-389-7.
- MUNDEN, A., ARCELUS, J. Poruchy pozornosti a hyperaktivity : ADHD, ADD. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-430-4.
- PACLT, I. a kol. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- PREKOPOVÁ, J., SCHWEIZEROVÁ, CH. Neklidné dítě. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-351-2.
- ŘÍČAN, P. Cesta životem. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-247-829-5.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. Dětská klinická psychologie. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
- TRAIN, A. Specifické poruchy chování a pozornosti. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-131-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Zuzana Palounková

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. dubna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2012



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.

děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.

vedoucí katedry

dne 22. 04. 2011

Čestné prohlášení

Název práce: Předškoláci se syndromem poruchy pozornosti spojené
s hyperaktivitou

Jméno a příjmení autora: Jana Hančovská

Osobní číslo: P09000106

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom/a povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil/a elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl/a jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 23.4. 2012

.....

Jana Hančovská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Ing. Zuzaně Palounkové za její odborné vedení, užitečné a cenné rady, její vstřícný přístup a trpělivost. Ráda bych také poděkovala všem dotazovaným za spolupráci, jelikož bez jejich vstřícnosti by realizace bakalářské práce nebyla možná.

Poděkování také patří mé rodině za jejich trpělivost a obětavý přístup v době mého studia.

V Liberci dne: 23.4. 2012

.....

Název bakalářské práce: Předškoláci se syndromem poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou

Jméno a příjmení autora: Jana Hančovská

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2011/2012

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Zuzana Palounková

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá syndromem ADHD u dětí předškolního věku. Jejím záměrem je porovnat intenzitu vnímání poruch pozornosti, hyperaktivity a impulzivity z pohledu rodičů a učitelů mateřských škol u jednotlivých dětí. **Cílem** bakalářské práce je analyzovat pohled rodičů a učitelů mateřských škol na symptomy související se syndromem poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou v předškolním období.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. **Teoretická část** předkládá základní pojmosloví související s tímto syndromem a pomáhá lépe se orientovat v dané problematice. Dále jsou popsány charakteristické projevy, příčiny a způsoby možné pomoci. Součástí je také charakteristika vývojového období předškolního věku a vývojových odlišností souvisejících s touto poruchou. Zmíněna je i role rodiny a učitele, jakožto dvou subjektů, které se úzce podílejí na výchově a vzdělávání těchto dětí.

Praktická část na základě analýzy dat získaných z dotazníků, které byly předloženy rodičům i učitelkám mateřských škol, hodnotí a porovnává jejich subjektivní pohled na děti s projevy poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.

Klíčová slova: hyperaktivita, impulzivita, lehká mozková dysfunkce (LMD), opoziční vzdor (ODD), porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), prostá porucha pozornosti (ADD)

Bachelor's thesis name: Preschool Children with Attention Disorder Syndrome
Connected with Hyperactivity

First and last name of the author: Jana Hančovská

Academic year of the Bachelor's thesis submission: 2011/2012

Bachelor's thesis supervisor: Ing. Zuzana Palounková

Annotation:

This Bachelor's thesis deals with the ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) in children of preschool age. It aims to compare the intensity of perceiving the attentiveness, hyperactivity and impulsiveness disorders in the individual children from the viewpoint of parents and kindergarten teachers. **It is the aim** of the Bachelor's thesis to analyze the viewpoints of parents and kindergarten teachers at the symptoms related to the ADHD syndrome connected with hyperactivity in the preschool period.

The Bachelor's thesis is divided into theoretical and practical sections. **The theoretical section** presents basic terminology related to this syndrome and helps to achieve basic understanding of this issue. Then there are described the characteristic manifestations, causes and means of available help. It also includes a description of the developmental period of the preschool age and developmental deviations related to this disorder. It also discusses the role of the family and the teacher, i.e. the two subjects that narrowly cooperate at the upbringing and educating of these children.

The practical section, based on data acquired from questionnaires that were distributed among parents and kindergarten teachers, evaluates and compares their subjective views of the children with the attentiveness, hyperactivity and impulsiveness disorders.

Keywords: hyperactivity, impulsiveness, light brain dysfunction, Oppositional Defiant Disorder (ODD), Attention Disorder Syndrome Connected with Hyperactivity (ADHD), Attention Deficit Disorder (ADD)

Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část.....	11
1 Syndrom ADHD	11
1.1 Terminologická vymezení.....	11
1.2 Příčiny vzniku	14
1.3 Projevy chování u dětí s ADHD	15
1.4 Diagnostika.....	21
1.5 Léčba	25
1.5.1 Psychoterapie a behaviorální techniky.....	25
1.5.2 Farmakoterapie.....	27
1.6 Systém školských poradenských zařízení	28
2 Specifika předškolního věku u dětí s ADHD	30
2.1 Charakteristika předškolního období	31
2.2 Vývojová specifika dítěte s ADHD	35
2.3 Role rodiny při výchově dítěte s ADHD.....	37
2.4 Specifika edukace v mateřské škole.....	40
Praktická část..	44
3 Cíl praktické části	44
3.1 Stanovení předpokladů.....	44
4 Použité metody	45
5 Popis zkoumaného vzorku.....	45
6 Průběh průzkumu	47
7 Výsledky a jejich interpretace.....	48
7.1 Vyhodnocení položek dotazníku.....	48
7.2 Ověření platnosti předpokladů.....	56
8 Shrnutí výsledků praktické části.....	62
Závěr.....	65
Návrh opatření	68
Seznam použitých zdrojů.....	70
Seznam příloh	73

Úvod

Tématem bakalářské práce je syndrom, v odborné literatuře popisovaný jako porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou, u dětí v předškolním věku (dále jen ADHD). Problematice tohoto syndromu je věnována celá řada odborných publikací českých i zahraničních, z nichž bylo při zpracování bakalářské práce čerpáno. Jsou zde předloženy charakteristické projevy syndromu, příčiny, ale i způsoby pomoci, dále popisuje problémy, se kterými se děti, rodiče i učitelé ve své praxi setkávají, a jakými vhodnými způsoby je možné dané situace řešit.

Téma bylo zvoleno s ohledem na to, že počet dětí, které jsou nápadně neklidné, netrpělivé, mluví rychleji, než myslí, a jejich výkony neodpovídají jejich možnostem, v současné době stále roste. Pojem hyperaktivita se stala v posledních letech nejužívanějším termínem pro poruchu dětského chování. Dnešní doba klade vysoké nároky na děti nejen ve školství, ale i ve společnosti. Ony však vzhledem ke svému onemocnění nedokážou tyto nároky zvládat a přizpůsobit se. Okolí často jejich problémy nechápe a hodnotí je jako „nezvladatelné“, „neukáznuté“ a připisují jejich chování špatné či benevolentní výchově. Velmi často se tak dostávají nejen rodiče, ale i učitelé a děti do nepříjemných situací, jejichž každodenní řešení je vyčerpává a v mnohých případech navozuje pocit úplného selhání. Důsledkem neinformovanosti a neznalosti této problematiky tak často dochází k nepřiměřeným reakcím a neadekvátnímu chování, což pro další vývoj dítěte a jeho život může mít dalekosáhlé důsledky. Některé impulzy v jinakosti chování dítěte přicházejí již v raném věku a není snadné je rozlišit od vrozeného „temperamentu“. Z toho důvodu je nezbytná včasná diagnostika dítěte a stanovení diagnózy, která je vodítkem pro další vhodně zvolené výchovné postupy. Je velmi důležité začít s nápravou včas a ve spolupráci se všemi institucemi, které se na výchově a vzdělávání těchto dětí podílejí. V současné době se počet dětí s ADHD zvyšuje a je zřejmé, že jejich výchova ze strany rodiny i ze strany učitelů je velmi obtížná.

Cílem bakalářské práce je analyzovat pohled rodičů a učitelek mateřských škol na symptomy související se syndromem poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou v předškolním období.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. **Teoretická část** je dělena do dvou kapitol, které obsahově doplňují podkapitoly. **První kapitola** vymezuje pojem syndromu ADHD, jeho příčiny vzniku a typické projevy a chování dětí. Je zde popsána diagnostika a terapie, která patří k nejdůležitějším mezníkům v dalším vývoji dítěte. Je zde zmíněna poradenská činnost a možnost využití školských poradenských zařízení, která jsou nápomocná při řešení problémů z hlediska výchovy a dalšího možného vývoje dítěte. Popsán je způsob vzdělávání na základě platné legislativy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, mezi které se děti ADHD řadí, a specifika přístupu při jejich vzdělávání se

zaměřením na komplexnost a propojenost této péče. **Kapitola druhá** je věnována charakteristice vývojového období předškolního věku a současně vývojovým odlišnostem u dětí s tímto syndromem. Bakalářská práce se zaměřuje jak na roli rodiny, tak na roli učitele jakožto dvou subjektů podílejících se na výchově těchto dětí. Zakomponované jsou idoporučené výchovné zásady pro rodiče i pedagogy.

V **praktické části** bakalářské práce byla užita metoda kvantitativního průzkumného šetření, jejímž výsledkem bylo porovnání subjektivního vnímání dítěte ze strany rodiče a z pohledu pedagoga. Zvolena byla technika dotazování, kdy na základě dotazníku zodpovídalo dotazy 15 respondentů z řad učitelek vybraných tří mateřských škol a 30 respondentů z řad rodičů dětí se symptomy, které mohou ukazovat na syndrom ADHD. Průzkum byl realizován v běžných i speciálních třídách mateřských škol, kdy u vytypovaných dětí nebyl dosud diagnostikován syndrom ADHD, ale na základě jejich odlišností v projevech chování je možné tuto diagnózu předpokládat.

Bakalářská práce je určena jednak pedagogům, kteří přicházejí denně ve své praxi do kontaktu s dětmi a jsou schopni reflektovat odlišnosti v jejich chování, řeší situace, které vyplývají z tohoto onemocnění, ale také rodičům, kteří mají podezření, že s jejich dítětem není něco v pořádku. Teoretická část by měla být pro obě strany vodítkem k tomu, aby na základě předložených informací o syndromu ADHD mohlo dojít k časné diagnostice, aby se předcházelo nevhodnému chování k těmto dětem, aby byly voleny vhodné a odpovídající výchovné metody a přístupy a v neposlední řadě, aby tyto děti byly vnímány bez jakýchkoli předsudků a měly možnost být rovnocennými partnery svých vrstevníků.

Smyslem a účelem bakalářské práce je informovat rodiče i učitele v obecné šíři o problematice syndromu ADHD, o jeho projevech, o systému péče a možnosti využití různých metod terapie či jiné pomoci a rady při stanovení diagnózy.

Teoretická část

1 Syndrom ADHD

Dětská hyperaktivita, impulzivní chování a problémy s výchovou, které velmi úzce souvisí i s projevem agresivity, je v dnešní době velmi diskutovaná otázka. Všechny výše jmenované symptomy mohou přímo souviset se syndromem ADHD (porucha pozornosti, impulzivity a hyperaktivity). Děti, v jejichž chování tyto projevy dominují, jinými slovy děti neklidné, nesoustředěné, divoké a vzteklé, se v každé dětské populaci vyskytovali a vyskytují. Jejich nežádoucí projevy však byly popisovány různými termíny. Není však mnohdy jednoduché rozpoznat vrozený „temperament“ dítěte od možného syndromu ADHD, a to zejména u menších dětí. Jestliže je diagnóza této poruchy potvrzena odborníkem, je nezbytné stanovit terapii, která je dítěti „šitá na míru“ a napomáhá tak korigovat jeho nevhodné projevy chování. V opačném případě, jestliže není zmíněná porucha léčena, vyvstávají potíže s učením ve škole a velmi často může zapříčinit problémy v jeho osobním i profesním životě.

Dětem s ADHD je věnována v současnosti velká pozornost a dostatečná odborná péče. Díky novým poznatkům na základě vědeckých výzkumů tak dochází např. ke změně terminologie, mění se i názory na příčiny vzniku, rozšiřuje se i výčet příznaků. Ke změnám dochází i v oblasti terapie, která není zaměřena pouze na dítě, ale i na prostředí, ve kterém žije, a to především na rodinu a školu.

Všichni, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání těchto dětí, by měli svým přístupem pomáhat překonávat různé problémy, vyplývající z jejich postižení, a snažit se o to, aby byly šťastné a spokojené.

1.1 Terminologická vymezení

Terminologie související pro označení hyperaktivních dětí se v průběhu let měnila podle pojetí této problematiky a podle získávání nových poznatků v této oblasti. Na počátku 20. století docházelo k přesnější specifikaci této problematiky a u nás byl používán termín **malá mozková dysfunkce** (MMD). V 60. letech jej nahradil termín **lehká mozková dysfunkce** (LMD), který byl používán dalších 30 let (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 9).

V současné době není název LMD zařazen do mezinárodní klasifikace nemocí, ale není ani bezezbytku nahrazován označením ADHD. Tyto dvě kategorie jsou rozdílné, avšak některé znaky mají společné (Zelinková 2003, s. 13).

Jak uvádí Paclt (2007, s. 13), výše uvedené syndromy vycházely z etiopatogenetických představ. Tyto děti mají největší potíže s udržením pozornosti a úsilím vynakládaném na splnění daného úkolu. Výše uvedené starší termíny popisují především organické poškození CNS. Postupně se však nastupující terminologie stávají více popisné a snaží se vystihnout syndromologii a behaviorální příznaky těchto poruch (Drtílková 2007, s. 21).

Jucovičová, Žáčková (2007, s. 187) řadí tyto poruchy do skupiny specifických poruch chování. V posledních letech je nejčastěji užívaným názvem syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou (dále jen ADHD) a nebo syndrom poruchy pozornosti bez hyperaktivity (dále jen ADD).

Lehká mozková dysfunkce (LMD)

Tento termín Černá (2002, s. 14) popisuje takto: „*Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné nebo nadprůměrné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky.*“ Dále autorka uvádí, že by mělo dojít k odlišení případů u primárního onemocnění (mentální retardace, dětská mozková obrna, autismus atd.), kde se setkáváme taktéž s typickými příznaky pro LMD (neklid, zbrkllost, nesoustředění). Primárnost či sekundárnost obtíží je mnohdy velmi těžké určit.

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

V posledních letech se u nás vedle „hyperkinetické poruchy“ užívá přejatá zkratka z klasifikačního systému Americké psychiatrické organizace (DSM-IV) ADHD označující poruchu pozornosti s hyperaktivitou.

Zelinková (2003, s. 196) uvádí definici Barkleyho, který tento syndrom přesně vystihuje a popisuje: „*ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže těchto dětí jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoliv se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou spojené s neschopností dodržet pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.*“ Z této definice jasně vyplývá vymezení dětí s ADHD vůči

ostatní populaci a zdůrazňuje a popisuje tuto poruchu jako chronickou s biologickými deficity. Podrobněji se příznakům a projevům tohoto syndromu budeme věnovat v podkapitole 1.3.

ADD (Attention Deficit Disorder)

V různých odborných publikacích se setkáváme vedle pojmu ADHD i s pojmem ADD. U dětí s poruchou pozornosti se na rozdíl od ADHD nepopisuje hyperaktivita a impulzivita. Více problémů, jak z názvu vyplývá, mají děti v oblasti pozornosti a percepčně-motorických úkolech, kdy nejsou schopné zaměřit svoji pozornost na určitou činnost. Charakteristickými rysy jsou denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací a obtížné navazování sociálních kontaktů. *Jejich pracovní výkon je celkově nevyrovnaný a ve školním prostředí se projevují úzkostné rysy* (Zelinková 2003, s. 197). Podle Serfonteina (1999) se však u dítěte nemusí vyskytovat všechny zmíněné příznaky. Jak uvádí Kucharská (1999, s. 36) procento výskytu je velmi nízké, pouze 1,3 %, v porovnání s dětmi, které mají plně diagnostikovaný syndrom ADHD.

Munden, Arcelus (2008, s. 45) zmiňují, že v obou případech ADD/ADHD je výskyt typických příznaků v porovnání s věkem a intelektovými schopnostmi u dítěte abnormální.

ODD (Oppositional Defiant Disorders)

Tento termín se u nás příliš nepoužíval, i když bychom řadu dětí s rysy opozičního chování našli. Typickým rysem je fyzická extrémní agresivita, nepřizpůsobivost, nesnášenlivost a hádky. Podle Zelinkové (2003, s. 24) nejsou schopny respektovat autoritu dospělého a jejich sebekontrola je oslabená. Svými činnostmi, zlomyslností, nedůtklivostí a mstivostí obtěžují své okolí. Své konfliktní chování však nepovažují za svoji chybu, ale chybu druhých. Projevy však překračují rámec normálního chování v daném věku a sociokulturním prostředí (krádeže, týrání, surovost). Train (2001, s.63) však podotýká, že v chování dětí nejsou přítomny disociální či agresivní činy, které by narušovaly zákon nebo práva druhých. Tato porucha je charakteristická pro děti ve věku 9 či 10 let, Vágnerová (2008, s. 788) tuto hranici snižuje od dvou do 8 – 9 let. Autoři se shodují v tom, že porucha se rozvíjí na bázi syndromu ADHD a častěji se vyskytuje u chlapců. ODD je velmi často zjištěno u jiných poruch chování. Má mnoho společných rysů s ADHD (poruchy vnímání v utváření sebe samého).

Zelinková (2003, s. 25) zmiňuje fakt, že přibližně u 60 % dětí ze skupiny ADHD jsou děti s projevy ODD. Paclt (2007, s. 160) udává 40 % dětí a 65 % adolescentů s ADHD, kteří tato kritéria naplňují.

1.2 Příčiny vzniku

I přes stále nové podrobnější a komplexnější poznatky u syndromu ADHD však nelze jednoznačně určit, co je jeho příčinou. V současné době převládá názor, že příčiny vzniku jsou multifaktoriální, což znamená, že se zde sčítá nepříznivý vliv většího počtu různých rizik. Na etiologii se podílí faktory biologické, psychologické a sociální, a to ve vzájemné interakci. V minulosti byly všechny zmíněné faktory považovány za prvotní příčinu, zatímco dnes je poukazováno výhradně na biologickou.

Biologické příčiny

Významnou roli při hledání biologických příčin sehraává genetická dispozice. U 50 % rodičů s ADHD podle Biedermana je uváděna pravděpodobnost vzniku a obdobných potíží jako u nich samotných. Podle Jucovičové, Žáčkové (2010, s. 12) se hyperaktivita častěji dědí po mužské linii.

K rizikovým faktorům biologickým, ale *negenetickým*, jak je dále dělí Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 42), patří konzumace alkoholu a kouření matky v době těhotenství, nízká porodní váha, předčasný či komplikovaný porod, kdy dochází k hypoxii plodu (nedostatek kyslíku). Také infekce, horečnatá onemocnění v kojeneckém věku, těžké úrazy hlavy či fetální alkoholový syndrom mohou být příčinou tohoto syndromu.

Odborníci, jak zmiňuje Riefová (1999, s. 20) popisují tuto poruchu jako neurobiologickou, která postihuje tu část mozku, podílející se na řízení zpracování impulzů, na třídění smyslových vjemů a na schopnosti koncentrace. Paclt (2007, s. 32) dále popisuje biologickou příčinu, kdy je prokázán nedostatek transmitterů (neurony – přenašeče informací mezi mozkovými buňkami) jako je *dopamin*, *noradrenalin* a *serotonin*. *Dopamin* odpovídá za kontrolu pohybové aktivity a její koordinaci, aktivuje organismus, zodpovídá za reakce na nové podněty a ovlivňuje pozornost a chování. *Noradrenalin* hraje důležitou roli při spánku a bdění, udržuje koncentraci pozornosti, učení a paměti (Drtílková 2006, s. 28). Tyto látky spolu se *serotoninem* ovlivňují způsob myšlení a cítění a v důsledku jejich poškození, dle Traina (1997, s. 67), může být vážně porušeno chování.

Jestliže jsou tyto neuropřenašeče v určité nerovnováze, dochází k disharmonii fungování mozku, neschopnosti soustředit se na jednu věc a k blokování dalších podnětů. K okrajovým faktorům jsou řazeny i vlivy toxinů prostředí (těžké kovy, radioaktivita) nebo umělá aromata či barviva v potravinách a s tím spojené alergické projevy u dětí.

Strava, jak autor uvádí, působí na chemické pochody v těle a pravděpodobně tak souvisí i s projevy chování. Doposud však nebyla souvislost s jídelníčkem dítěte s ADHD prokázána, ale tato teorie má řadu zastánců.

Psychologické příčiny

Ve společnosti panuje domněnka, že syndrom ADHD může být způsoben špatnou a nedostatečnou výchovou. Jak je uvedeno výše, zmíněných příčin je mnoho. Tím však není řečeno, že výchova nemá na projevy hyperaktivního dítěte vliv. Projevy tak sociální prostředí může buď zmírňovat nebo naopak posilovat. Jestliže je dítě vychováváno v disharmonické rodině nebo v dlouhodobě konfliktním prostředí, kdy dochází ke kumulaci těchto nepříznivých psychosociálních vlivů, podle Drtílkové (2007, s. 42) je tak ve větší míře posilováno jejich nežádoucí chování. Negativní roli také sehrává zanedbávání dítěte, nepřiměřené tresty, neuspořádaný režim dne a pro dítě tak chaotické podmínky. Autorka dále zmiňuje, že jestliže dítě s touto poruchou dlouhodobě prožívá stres či psychickou zátěž (rozvod rodičů, úmrtí v rodině, traumatické události atd.), jeho reakcí je pak zhoršené chování.

1.3 Projevy chování u dětí s ADHD

Mezi základní projevy této poruchy patří hyperaktivita, impulzivita a nedostatečná schopnost soustředit se. Jmenované projevy jsou neúměrné psychickému vývoji dítěte a dle Pacлта (2007, s. 13) jsou více patrné tehdy, jestliže vyžadujeme udržení pozornosti, kontrolu pohybů a utlumení impulzů (pobyt v kolektivu, přizpůsobení se určitým normám či pravidlům). Tyto děti jsou nadměrně živé, pohyblivé a neustále pocítují nutkání k pohybu. Nejsou schopné soustředit se na hru, na zadaný úkol, rozptýlí je sebemenší maličkost v jejich okolí. Jsou nepozorné, neustále se na své židličky vrtí a chvíli na místě neposedí. Udržet je v klidu je pro rodiče i pro učitele nadlidský výkon. Právě z těchto důvodů jsou vnímány jako výjimečně zlobivé, protivné, vzdorovité a nevychované.

O to horší je to v případě, kdy zjistíme, že leckdy dokážou být i milými společníky a dokážou se, pokud chtějí, chovat dobře. Toto zjištění mnohé vede k úvahám, že „pádná ruka“ je to, co těmto dětem chybí. Jak už však bylo řečeno, syndrom ADHD je dán z velké části vrozenými dispozicemi, a tudíž děti nejsou schopny své projevy dostatečně korigovat.

Kromě typických projevů se mohou přidružit i jiné poruchy úzce související s tímto syndromem. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 22) popisují ***percepčně motorické poruchy*** (zrakového a sluchového vnímání), ***poruchy kognitivních funkcí***, především paměti, která má velmi úzkou souvislost s poruchou koncentrace pozornosti. Výjimkou nejsou ani ***poruchy myšlení a řeči***, kdy jsou patrné určité zvláštnosti v jejich komunikaci, opět související s jejich impulzivitou a percepčně motorickými poruchami. Nelze opomenout ani ***emoční poruchy***, které se projevují v momentě prožívání sebe sama a s tím související i poruchy chování.

Rodiče začínají vnímat zvláštnosti svého dítěte někdy již v raném věku, většinou však až v době, kdy nastupuje do mateřské školy a jsou na něho kladeny vyšší nároky týkající se pozornosti a usměrněného chování. Hyperaktivita, impulzivita, emoční poruchy a poruchy chování podle výše zmíněných autorek, tak do určité míry začnou zatěžovat i socializaci dítěte a dochází k jejich projevům.

Deficit pozornosti

Udržet delší dobu pozornost a soustředit se ať už na hru či zadaný úkol činí dětem s ADHD obvykle problém v porovnání se zdravými vrstevníky stejného věku a pohlaví. Poruchu pozornosti můžeme zaznamenat již v předškolním období, kdy si děti nedokážou hrát delší dobu s jednou hračkou, hůře se přizpůsobují pravidlům hry a často ji ani nedokončí. Přebíhají od jedné činnosti ke druhé, jsou roztěkané, nesoustředěné a nepozorné. Jucovičová, Žáčková popisují (2010, s. 27), že stačí sebemenší podnět, který je vyruší a pozornost okamžitě obrátí jiným směrem. Nejsou schopny rozlišit, co je důležité a co ne, „dávají pozor na všechno“. Rodiče často popisují, jak je obtížné soustředit jejich myšlenky na požadovanou činnost. Tyto děti se snaží všemi možnými činnostmi uniknout či přerušit dosavadní práci, nemají potřebu práci dokončit a svůj úkol tak splnit. Opakem jsou však činnosti, které je zaujmou a které je baví (sledování televize, oblíbená stavebnice atd.). Velkou roli v koncentraci pozornosti sehrává motivace a adekvátní stimulace, pokud dítě není vhodně motivováno, dochází ke zhoršení jeho celkového výkonu. *„Jestliže dítě nemá možnost prožít bezprostřední pozitivní odezvu po splnění zadaného úkolu, dochází tak u něj rovněž i ke snížení vytrvalosti“* (Paclt 2007, s. 14).

Munden, Arcelus (2008, s. 23) konstatují, že velké problémy mohou mít děti hlavně v oblasti učení, které je pro ně nesmírně náročné. Zaměřit svoji pozornost pro ně není vůbec jednoduché a stojí je to značné úsilí, proto jsou velmi rychle unavené. Podle Jucovičové, Žáčkové (2007, s. 29) však příčinou rychlé unavitelnosti není jejich nedostatečná vůle, ale nedostatečná zralost a rychlá unavitelnost CNS. Deficit se odráží nejen v praktických dovednostech či motorických schopnostech (plavání, jízda na kole), ale i při osvojování si komunikačních dovedností, které jsou důležité při zapojení se do konverzace i při skupinových aktivitách. Jejich výkonnost často neodpovídá jejich schopnostem.

Charakteristickým projevem je netrpělivost. Jestliže se dítěti nepodaří úkol dokončit, což bývá velmi častým jevem, mohou reagovat afektivním výbuchem či dokonce agresí. Prožívají tak dlouhodobě stresové situace, které se mohou negativně odrážet v jejich chování.

Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 73) popisují ulpívání na určitém podnětu, od kterého se dítě nemůže odpoutat a stále se k němu vrací. Není schopné se soustředit na podrobnosti a detaily, a proto opakovaně chybuje ve stejných věcech, aniž by bylo schopné si to uvědomit.

Je to dané také tím, že reaguje pouze na část určité informace, neboť vlivem své nepozornosti a nesoustředění není schopné vnímat a pojmout to, co se mu říká. Proto je nutné (např. povinnosti) několikrát připomínat. Cena za to, že tyto děti nejsou schopné se soustředit může být značná, a to jak ve výchovně-vzdělávacím procesu, tak i v jejich dalším životě.

Hyperaktivita

Dalším specifickým projevem syndromu ADHD je nadměrná aktivita, která se vyskytuje ve větší míře v porovnání s ostatními vrstevníky. Pacltem (2007, s. 14) je označována jako „*nadměrná nebo vývojově nepřiměřená úroveň motorické či hlasové aktivity*“. Děti jsou neposedné, roztěkané a jeví se jako nevyčerpatelné a stále nabitě energií. Pobíhají od jedné věci ke druhé, stále se vrtí, v klidu nenechají ani ruce a nohy a neustále si hrají s prsty či blízkými předměty. Typické jsou bezúčelné pohyby. Značné potíže jim činí zůstat v klidu a relaxovat. V situacích vyžadujících klid (úkol, čtení pohádky atd.) jsou nápadně pohyblivé, živé a neklidné. Tyto projevy dle Drtílkové (2006, s. 13) lze jen s obtížemi na krátkou dobu usměrnit.

Paclt (2007, s. 14) dále charakterizuje jejich hlučnost, upovídanost a snahu pošťuchovat ostatní děti. Samy nedokážou ovlivnit potřebu vše komentovat, skáčou do řeči nebo vydávají atypické zvuky, např. brumlání. Snaží se překotně vyjádřit své myšlenky, až se někdy zadýchávají a zajíkají. Jejich hlasitý projev pramení z touhy upoutat na sebe pozornost, ale nedokážou odhadnout intenzitu svého hlasu.

Jucovičová, Žáčková (2010, s. 31) uvádějí, že v našich podmínkách je neustálá fyzická a psychická aktivita označována jako „*psychomotorický neklid*“. Tato skutečnost však vyvolává otázku, kdy děti při takovém výkonu odpočívají a proč nejsou unavené. Autorky konstatují, že u těchto dětí nedochází k běžným útlumovým reakcím, a jejich aktivační úroveň je stále zvýšená i přesto, že jsou unavené, nedokážou svoji aktivitu utlumit.

Drtílková (2007, s. 74) zmiňuje i to, že děti často odmítají spánek během dne a večer mají značné problémy s usínáním. Tuto skutečnost potvrzuje i Serfontein (1999, s. 54), avšak podotýká, že se nejedná přímo o poruchy spánku, neboť tato tvrzení nebyla prokázána. Popisuje ale charakteristické zvláštnosti, jakými jsou mluvení ze spánku, noční děsy či chození ve spaní, časté buzení během spánku. Ráno jsou však raními ptáčky. Proto jsou někdy nevyspalé a unavené. Výstižně bývají hyperaktivní děti nazývány „*živým stříbrem*“.

Impulzivita

Třetím klíčovým příznakem je impulzivnost. Je charakteristická svojí okamžitou reakcí na podnět bez rozmyšlení a domýšlení důsledků či následků. Příčinou jsou snížené volní

ovládací schopnosti. Dětem chybí sebekontrola, sebeovládání je sníženo. Munden, Arcelus (2008, s. 22) popisují impulzivitu jako neschopnost zamezit vhodné či nevhodné reakci na impulz, a proto reagují často velmi prudce a intuitivně. Jednají zbrkle, bez zábran a vytvářejí jak pro sebe, tak i pro své okolí nebezpečné situace, při kterých jim hrozí větší riziko úrazu (např. vběhnou bez rozmyšlení do silnice). Rodiče tak musí být vždy a všude ostražití, aby své děti od následků tohoto chování ochránili.

Ke zbrklému chování Serfontein (1999, s. 20) připisuje i „*neschopnost plánování a nahodilé odbíhání od jedné činnosti k druhé*“. Drtílková (2007, s. 75) uvádí, že z tohoto důvodu jsou děti často vnímány jako nespolehlivé a nedochvilné.

Velkým problémem je také čekání, až na ně přijde řada, a to jak při hře, tak i při činnostech, které mají určitý řád a pravidla. Paclt (2007, s. 15) zmiňuje fakt, že děti dají raději přednost bezprostřední třeba menší odměně, než by vynaložily větší úsilí a dosáhly tak hodnotnější odměny. Všechno chtějí „hned teď“, což souvisí s projevem opožděného zrání CNS. Skáčou do řeči, chtějí-li něco sdělit, přerušují ostatní, neustále vykřikují a vše komentují. Velmi často vyhrknou odpověď na ještě nevyřčenou otázku a přeskakují z tématu na téma. Mnohdy se stane, že ani nedoposlechnou pokyny, a proto splní jen část úkolu. Velmi těžce nesou různá omezení a příkazy, na které reagují podrážděně. Mají také problémy s disciplínou a s nevolí se podrobuji autoritám.

Impulzivita způsobuje podle Mundena, Arceluse (2008, s. 23) narušení sociálních vztahů při jejich navazování i udržování. Zmíněné projevy mohou způsobit, že děti zoufale toužící po kamarádech, bývají odmítány. Proto často „šáškují“ a snaží se tak na sebe strhnout pozornost.

Každé dítě je však jedinečná bytost, a proto se projevy případ od případu liší. Nemusí být přítomny všechny příznaky. „*Poruchy se mohou objevovat v různých stádiích vývoje dítěte jako součást jeho celkových vývojových obtíží*“ (Serfontein 1999, s. 22).

Munden, Arcelus (2008, s. 21) uvádějí, že klíčové symptomy jsou neměnné v průběhu týdnů, měsíců i let, ale že zhruba u 50% dětí s ADHD mohou v dospělosti do značné míry vymizet.

Percepčně motorické poruchy

U dětí se obtíže projevují i v oblasti *jemné i hrubé motoriky*. Bývají neohrabané, nešikovné, koordinace horních i dolních končetin je minimální a nepřesná. Problémy se promítají i do sebeobslužných činností (např. zavazování tkaniček, zapínání knoflíků atd.). Jsou výrazné i deficity v percepční oblasti zrakové i sluchové, kdy máme pocit jakoby dítě „špatně vidělo a slyšelo“. Potíže jsou zjevné i v pravolevé, prostorové a časové orientaci. Narušené vnímání vlastního tělového schématu spolu s výše popsány poruchami jim často

způsobuje problémy např. při provádění cviků. Jucovičová, Žáčková (2007, s. 25) uvádějí přímou souvislost se vznikem *specifických vývojových poruch učení (dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie, dyspraxie)*.

Narušená je zraková i sluchová percepce a s tím související porucha analyticko syntetické činnosti, kdy dítě např. není schopno složit a rozložit slovo z hlásek nebo nevidí předmět ve skupině jiných apod.

Poruchy paměti

K velmi závažným potížím dětí s ADHD patří porucha krátkodobé paměti, která slouží, jak zmiňuje Serfontein (1999, s. 92), k uchování nových informací po dobu několika hodin, dnů, týdnů (na rozdíl od dlouhodobé paměti, která uchovává informace po dobu několika měsíců a let). Dále popisuje obtíže v zapamatování si akustických informací, což má za následek časté zapomínání. Jejich počínání vystihuje rčení „jedním uchem tam, druhým ven“. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 38) označují jejich paměť jako „*průtokovou*“, a to proto, že dítě sice vnímá, co říkáme, ale není schopné si informace zapamatovat a udržet. Důsledkem těchto potíží je častá zapomnětlivost věcí i pokynů a neschopnost vybavit si a upevnit znalosti. Nejsou také schopné reagovat na více pokynů a často si zapamatují jen jejich začátek nebo konec. Ulpíavost paměti např. na určité vzpomínky brání dítěti vybavit si ostatní informace a stále se k ní vrací.

Poruchy myšlení a řeči

Myšlení a řeč se vzájemně ovlivňují a společně rozvíjejí. U dětí s ADHD dochází k jejich poruchám. Jucovičová, Žáčková (2007, s. 31) zmiňují poruchy a vady výslovnosti (dyslalie), kdy dítě vyslovuje špatně jednu i více hlásek. Je-li narušená motorika mluvidel, následkem pak je *artikulační neobratnost* (obtíže ve vyslovování delších slov), *specifické asimilace řeči* (obtíže při vyslovování slov obsahujících sykavky tvrdé i měkké, nebo tvrdé a měkké slabiky), *nesrozumitelnost*, kdy se nám snaží sdělit co nejrychleji co nejvíce informací.

Tyto děti mluví překotně a velmi hlasitě. Jejich jazykový cit je omezený, a to ve smyslu např. nesprávného skloňování nebo časování. Vývoj řeči je často opožděný a projev obsahově chudší a jednodušší. Černá (1999, s. 70) ale tvrdí, že se o opožděný vývoj řeči jednat nemusí a souvislost vidí spíše v odlišnostech ve vývoji řeči, související s nepřesným a zmateným vnímáním těchto dětí.

Serfontein (1999, s. 101) k vadám výslovnosti u těchto dětí řadí i koktavost, jejíž příčinu dává do souvislosti s poruchou krátkodobé paměti (dítě zapomíná co řeklo a co chce

řict). Jucovičová, Žáčková (2010, s. 40-41) však poukazují na souvislost s překotnou řečí, artikulační neobratností a neurotizací, která je v mnoha případech důsledkem hyperaktivity. Děti často neumějí vyjádřit své pocity a myšlenky a sdělení druhých je pro ně velmi nejasné. Jejich projev je chaotický a řeč bývá nesrozumitelná.

Myšlení je charakterizováno nerovnoměrností či opožděním v přechodu od myšlení konkrétního k abstraktnímu. Jejich myšlení je nepružné, ulpívavé a zabíhavé, čímž bývá dle Jucovičové, Žáčkové (2007, s. 32) narušený správný sled myšlenek a do popředí se tak dostávají nepodstatné detaily. Myšlení je buď překotné nebo naopak těžkopádné, kolísavé a nevyrovnané. Proto u nich dochází k potížím při vnímání souvislostí a posloupností a následně i v logickém myšlení. Je narušeno i pojmové myšlení, kdy děti s obtížemi chápou a tvoří pojmy. Problémy jim činí jejich zobecňování (kočka, pes = zvířata). Černá (1999, s. 65) poukazuje i na narušení harmoničnosti a plynulosti myšlení.

Vzhledem k tomu, že tyto děti nejsou schopny myslet „lineárně“ (příčina → důsledek), často jsou autory originálních a zajímavých řešení různých situací a úkolů.

Emoční poruchy a poruchy chování

Děti s ADHD velmi často trpí poruchami emocí (citů). Příznačná je silná emoční labilita a časté výkyvy nálad, které Černá (1999, s. 81) popisuje takto: „*Jejich citové reakce jsou nepředvídatelné, nálada se rychle střídá, mají smích a pláč v jednom ranečku*“. S tím souvisí i jejich kolísavý výkon a impulzivita. Frustrační tolerance, kdy je vyvede z míry sebemenší podnět, je snižena a vede často k agresivní reakci. Proto se často cítí ohroženy a mají větší potřebu se bránit, což je pro ně jistým ventilem k uvolnění nahromaděného napětí. Nejsou schopné se vcítit do pocitů ostatních, a proto nedokážou vysvětlit, proč vlastně svých chováním někomu ublížily. Serfontein (1999, s. 105) popisuje citovou povrchnost dětí a neschopnost poučit se z dřívějších zkušeností.

Rozlišit vhodnost či nevhodnost svého jednání je pro ně obtížné. Z toho pramení jejich neoblíbenost v kolektivu, i když se snaží získat přátelství ostatních. Egoizmus a sebestřednost podle Jucovičové, Žáčkové (2010, s. 46) jsou dalšími vlastnostmi zasahujícími do jejich sociálních vztahů. Černá (1999, s. 82) o těchto dětech hovoří jako o *extrovertech*, kteří sice touží po uznání a přátelství, ale nevěří si. Hypoaktivní děti jsou naopak vnímány jako *introverti* unikající do „fantazijního světa“ a často jsou obětí šikany.

Značná nejistota v kolektivu vrstevníků může vést ke snížení sebedůvěry až k psychotickým poruchám.

Přidružené poruchy

Symptomy ADHD a symptomy jiných psychických poruch mohou mít obdobné projevy u dětí, mohou se vzájemně překrývat a stěžovat tak jejich diagnostiku.

Munden, Arcelus (2008, s. 40-41) mezi tyto poruchy řadí *dětský autismus a Aspergerův syndrom* (poruchy autistického spektra), kdy se děti mohou jevit jako hyperaktivní, *obsedantně-kompulzivní porucha*, projevující se určitým nutkáním něco provést, dále *Tourettův syndrom*, typický tzv. motorickými tiky, které mají za následek obtíže při soustředění a obraz impulzivity

Podobnými příznaky, dle Drtílkové, Šerého, et al (2008, s. 194), se vyznačují *poruchy chování*, které mají přímou návaznost na poruchu opozičního vzdoru, *úzkostné stavy* či deprese, projevující se obtížemi při vyjadřování a celkovou pomalostí. Train (1997, s. 96) dále zmiňuje děti se *zrakovým* či *sluchovým postižením*, což může způsobit jejich nesoustředěnost a hyperaktivitu, děti se *záchvatovitým onemocněním*, jejichž medikamentózní léčba může zapříčinit narušení soustředění, chování, či neklid. *Porucha štítné žlázy* taktéž může vyvolat u dětí obraz hyperaktivity.

Paclt (2007, s. 19) popisuje velkou výkonnostní variabilitu při plnění úkolů, která tak narušuje jejich školní výkony a je příčinou toho, že jednou děti pracují pohodově a přesně a druhý den ledabytě a chabě. Výsledky tak neodpovídají jejich intelektu. Kromě výše uvedených poruch autor dále uvádí častější zdravotní problémy: *strabismus*, opakované *infekce horních cest dýchacích*, *alergie*, *astma*, *enuréza* (pomočování - především v noci), častější výskyt *úrazů* a *poruchy spánku*.

Autoři se shodují v tom, že není nikterak vzácností přítomnost několika přidružených poruch současně. Paclt (2007, s. 20) uvádí, že až 44 % dětí s ADHD trpí nejméně ještě jednou psychickou poruchou, 32 % trpí dvěma dalšími poruchami a 11 % dokonce třemi či více.

„Všechny tyto problémy mohou ADHD zakrývat, což někdy mívá za následek nedostatečnou nebo nepřesnou diagnózu a stanovení nepatřičného terapeutického postupu“ (Munden, Arcelus 2008, s. 27).

1.4 Diagnostika

Stanovit diagnózu syndromu ADHD tak jako u mnoha dalších onemocnění není jednoduché. Vyplývá to z rozmanitosti příznaků v jednotlivých oblastech (poznávací schopností, motorické, emocionální). Jak již bylo řečeno, projevy tohoto syndromu jsou podmíněny především nezralostí CNS a jejich proměnlivostí v závislosti na vývoji dítěte a na vnějších činitelích, kterými jsou prostředí a výchova. Proto je pro správné a včasné určení diagnózy nezbytná spolupráce celé řady odborníků, pedagogů, ale i rodičů.

Odborná vyšetření provádějí psychologové, speciální pedagogové, psychiatři či neurologové. Stanovení diagnózy by mělo být vždy v kompetenci dětského psychiatra ve spolupráci s uvedenými specialisty. Munden, Arcelus (2008, s. 59) konstatují fakt, že pro tuto diagnózu neexistují žádné absolutně správné diagnostické testy, a to proto, že symptomy se mění v návaznosti na věk, situaci a podmínky. Autoři výstižně popisují obraz tohoto syndromu takto: „...jako bychom se dívali do kaleidoskopu: ačkoliv se obrázek promění tolikrát, kolikrát kaleidoskopem otočíme, a nikdy není stejný, vždycky se skládá ze stejných prvků a barev a odráží ve stejných násobcích“ (Munden, Arcelus 2008, s. 59).

Pro stanovení přesné diagnózy musí diagnostikovaný jedinec splňovat určitá kritéria, která jsou shrnuta v klasifikačním systému. Na základě nových poznatků a znalostí v oblasti poruch a nemocí dochází k aktualizacím těchto systémů (tzv. revizím).

V současné době se pro stanovení diagnózy používají dva klasifikační systémy:

1. **Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace** (*The International Classification of Diseases, 10th edition*, neboli ICD-10, u nás známý jako *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize* neboli MKN-10).
2. **Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace** (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*, neboli DSM-IV).

Diagnostická kritéria obou zmíněných klasifikačních systémů jsou podrobněji popsána v příloze C a D. Oba diagnostické systémy dle Paclta (2007, s. 15) v podstatě vycházejí z podobných, avšak ne zcela totožných přístupů k dané problematice. Už jen označení těchto poruch „ADHD“ (DSM-IV) a „Hyperkinetická porucha“ (MKN-10) jsou toho příkladem. Rozdíly se týkají nejen řady příznaků, které jsou nezbytné pro stanovení diagnózy, ale i ve způsobu, kterým se různá chování a abnormality popisují. V České republice je upřednostňován klasifikační systém MKN-10. Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 23) však podotýkají, že vzhledem k dlouhodobému a zmatečnému termínu se u nás užívá častěji zkratka ADHD.

DSM-IV definuje ADHD širěji a dělí je do tří podtypů:

- typ s převládající poruchou pozornosti (inattentive type),
- s převládající hyperaktivitou a impulzivitou (hyperactivity, impulsivity type),
- smíšený typ (combined type).

MKN-10 specifikuje dva subtypy, a to:

- subtyp s poruchou pozornosti a hyperaktivitou,
- subtyp hyperkinetické poruchy chování (Drtílková, Šerý, et al 2007, s. 22).

Rozdíly mezi DSM-IV a MKN-10

Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 22) uvádějí tyto rozdíly:

1. Kritéria DSM-IV nezahrnují do kategorie ADHD subtyp s poruchou chování, na rozdíl od MKN-10, který specifikuje to, že jestliže je souběžně přítomen výskyt poruch chování (ODD, agresivita či jiné poruchy chování), pak je diagnóza „hyperkinetické poruchy“ stanovena.
2. Klasifikační systém DSM-IV specifikuje subtyp s převládající poruchou pozornosti, bez doprovodu hyperaktivity a impulzivity, označovaný také jako ADD. Podle MKN-10 tento typ nesplňuje kritéria pro hyperkinetickou poruchu, a proto uniká z naší evidence a léčby.
3. Kritéria DSM-IV připouštějí u ADHD výskyt úzkostných poruch a depresí, na rozdíl od MKN-10.
4. Pro kritéria podle DSM-IV, jak uvádí Paclt (2007, s. 15), je dostačující přítomnost alespoň jedné poruchy (porucha pozornosti, nebo hyperaktivity a nebo impulzivity) a její výskyt buď ve škole nebo v domácím prostředí. Podle MKN-10, aby mohla být potvrzena hyperkinetická porucha, musí být přítomna porucha hyperaktivity, impulzivity i pozornosti, a to jak v domácím prostředí, tak i ve škole. Jestliže jeden ze symptomů chybí, hyperkinetickou poruchu nelze potvrdit.

Z tohoto výčtu rozdílů mezi oběma klasifikačními systémy je zřejmé, že diagnostická kritéria se vzájemně překrývají, avšak pouze částečně. Podle MKN-10 je diagnostikováno méně dětí, ale se závažnějšími příznaky, než v případě klasifikace podle DSM-IV (Munden, Arcelus 2008, s. 19). Řada dětí, které mají podle DSM-IV stanovenou diagnózu ADHD, mají prospěch z léčby.

V České republice podle Drtílkové, Šerého, et al (2007, s. 29) však vzhledem k přísnějším kritériím podle MKN-10 pro hyperkinetickou poruchu je počet diagnostikovaných dětí menší, nebo nejsou podchyceny a tudíž ani léčeny. Neopomenutelný vliv má také rozdílnost v kulturních zvyklostech a temperamentových rozdílech.

Autoři potvrzují fakt, že v zemích, kde je používán pro diagnostiku manuál DSM- IV, je výskyt těchto poruch 4 – 19 %, zatímco v zemích posuzujících poruchy podle manuálu MKN-10 je diagnostikováno podstatně menší procento dětí, a to 1 – 3 %. Dále uvádějí, že nejvyšší procento diagnostikovaných je mezi 6. – 9. rokem věku dítěte. ADHD s převahou impulzivity a hyperaktivity bývá diagnostikováno o 3 – 4 roky dříve a výskyt těchto poruch je častější 3 – 9 krát u chlapců než u dívek od poměru 10:1 do 2,5:1.

Paclt (2007, s. 13) uvádí výskyt hyperkinetického syndromu u 6% dětské populace, a to v poměru chlapců a dívek 3 až 5:1.

Diagnóza ADHD se skládá jako mozaika z výsledků jednotlivých vyšetření zahrnující nejen pečlivé posouzení všech symptomů, ale také zdravotní, psychiatrické, psychologické, osobní a rodinné anamnézy.

Zdravotní anamnéza umožňuje posoudit a zvážit celkový zdravotní stav dítěte a přítomnost rizikových faktorů (nehody, operace, chronická onemocnění – epilepsie, astma atd.). Odhalí-li lékař např. postižení v oblasti sluchu, zraku či porozumění a užívání řeči, doporučí pak následná vyšetření a léčbu u foniatra, oftalmologa či logopeda (Munden, Arcelus 2008, s. 61-62).

Důležité údaje získáváme na základě *anamnestického dotazování*, zaměřeného na průběh těhotenství a porodu, vývoj dítěte a jeho projevy chování. Z rozhovoru s rodiči zjišťujeme jejich výchovné strategie, jaký přístup má dítě k zadaným úkolům, jeho vztahy k vrstevníkům či zájmy. Nezbytné jsou informace o sociální situaci rodiny, např. zajištění péče o dítě, vztahy mezi dalšími rodinnými příslušníky atd. Cenné údaje nám také poskytuje *pozorování chování dítěte*, např. při rozhovoru, hře, testové situaci nebo při výuce, a to jak v rodinném prostředí, tak i ve škole. Dle Mundena, Arceluse (2008, s. 64) je přínosem pro určení správné diagnózy a tvoří základ pro výchovná a psychologická opatření.

Psychologické vyšetření odhaluje deficit pozornosti a výrazné nerovnoměrnosti v jednotlivých výkonech u intelektových testů. Paclt (2007, s. 59) konstatuje, že cílem vyšetření není pouze výsledek, ale hlavně interakce s dítětem, informující o jeho oslabených oblastech a vývojové úrovni. *Speciální pedagogické vyšetření* je zaměřeno na poruchy percepčně-motorické oblasti, které bývají ovlivněny kolísavou koncentrací pozornosti a narušením krátkodobé paměti. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 18) uvádějí jako součást tohoto vyšetření diagnostiku školních schopností a dovedností.

Psychiatrické vyšetření u většiny dětí probíhá ambulantně, u komplikovaných případů je vhodná hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém zařízení. Probíhá formou rozhovoru nebo hry a není pro dítě nikterak nepříjemné. Lékař sleduje chování, úspěšnost a vytrvalost při plnění úkolů a jeho projevy. Při rozhovoru s rodiči je zjišťováno psychiatrické zatěžování v rodině, jeho náchylnost k psychickým obtížím, emoční stabilita a reakce.

Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 88) zmiňují, že užitečnou diagnostickou pomůckou jsou *dotazníky a posuzovací škály*, kterými lze doplnit rozhovor s matkou a vyšetření dítěte. Langmeier, Krejčířová (2006, s. 313) doplňují, že by měly být součástí testové baterie, složené z různých metod. Doplnujícím vyšetřením napomáhajícím odhalit či potvrdit abnormality ve struktuře mozku, jak uvádí Munden, Arcelus (2008, s. 65), mohou být *krevní testy, neurologické vyšetření (EEG-elektroencefalografie, magnetická rezonance-MR, počítačová*

tomografie-CT). Tato vyšetření dle Drtílkové, Šerého, et al (2007, s. 81) nejsou zcela běžná, ale provádějí se v případě komplexní diagnostiky a plánované farmakoterapie.

Diagnostika probíhá ve školských poradenských zařízeních, kam patří speciálně pedagogická centra (SPC), pedagogicko-psychologické porady (PPP) a střediska výchovné péče (SVP).

Je-li dítě diagnostikováno již v předškolním období, je to pro něj výhodnější. Je tak možné již v raném věku s ním terapeuticky pracovat a částečně předejít nepříjemnostem, pocitům méněcennosti a sníženého sebevědomí. Diagnózu lze provést kolem 4. – 5. roku dítěte, u mladších dětí se obtížně příznaky rozlišují, neboť málokdy u něčeho vydrží. Problémy začnou být nejvíce patrné až při nástupu do školy, kdy jsou na ně kladeny zvýšené nároky ve všech oblastech.

1.5 Léčba

Po stanovení diagnózy je nezbytné přistoupit k volbě terapeutických postupů. Léčba i náprava je stejně složitá jako diagnóza sama a mnohdy nějaký čas trvá, než je zvolená správná kombinace terapeutických metod. Jako nejvýhodnější se proto zdá být *multidisciplinární* přístup, kdy terapeutický plán sestavují např. psychologové, dětské psychiatry, speciální pedagogové, a rodina i dítě tak těží hned z několika odlišných přístupů a vzájemně se podporujících součástí. Každý případ je však třeba posuzovat individuálně.

Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 132) řadí mezi dvě nejúčinnější léčebné metody *psychoterapeutické a behaviorální techniky a farmakoterapii*, opírající se o klinické výsledky.

Jako optimální autoři uvádějí kombinaci obou těchto metod. U některých dětí je možné příznaky potlačit výchovnými či psychologickými prostředky společně s úpravou režimu a prostředí. To platí pouze u mírnějšího stupně poruchy a v případě, kdy má dítě podporu a pochopení v rodině i ve škole. Jedná-li se o intenzivní projevy syndromu, kdy jsou pedagogicko psychologická opatření nedostačující, je vhodné přistoupit k farmakoterapii.

1.5.1 Psychoterapie a behaviorální techniky

Vedle farmakoterapie má své plnohodnotné místo psychoterapeutický přístup, který různými technikami napomáhá ke zvýšení sebevědomí a vyrovnanosti dítěte, snaží se zlepšit jeho výkonnost a usnadnit mu tak život. Vhodnou kombinací těchto metod můžeme ušetřit zbytečného trápení nejen dítě, ale i rodiče a učitele. Týmová spolupráce všech zúčastněných umožňuje ušít „na míru“ terapii odpovídající jeho potřebám.

Kognitivně behaviorální terapie (KTB), dle Jucovičové, Žáčkové (2010, s. 184), je terapií vhodnou pro děti s ADHD, pro rodiče a učitele. Za pomoci různých technik (hraní rolí, modelování situací atd.) se učí adaptovat na konkrétní situace a kontrolovat své impulzivní projevy a nepozornost.

„...je založena na využití principu učení k získání žádoucích reakcí a vzorů chování výměnou za nežádoucí. Terapeut používá konkrétní příklady ze života dítěte a snaží se, aby je dítě pochopilo a dokázalo jich využít při řešení potíží, které se vyskytují v každodenním životě“ (Munden, Arcelus 2008, s. 89-90). Za optimální je u nás považována *individuální terapie*, *rodinná terapie* či *terapeutické vedení rodičů*, kdy hlavním cílem je nastolení změn v režimu, výchově a přijímání hyperaktivního dítěte.

Terapie je prováděna formou individuální (práce s dítětem a jeho rodiči), nebo skupinovou, zaměřenou na rozvíjení sociálních dovedností ve vrstevnické skupině, pochopení jeho projevů a vhodné výchovné vedení. Je uskutečňována v pedagogicko-psychologických poradnách, speciálně pedagogických centrech a střediscích výchovné péče (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 186).

Další technikou, kterou popisují Munden, Arcelus (2008, s. 90) je **analýza ABC** užívaná pro zmírnění nežádoucího chování. Spočívá v uvědomění si:

- A) předcházející události (co bylo příčinou nechtěného chování),
- B) následujících událostí (chování dítěte - negativní reakce),
- C) následná odpověď (reakce rodičů).

Terapeut se tak snaží za pomoci analýzy celé situace nalézt spolu s rodiči takový způsob, který zamezí nevhodnému chování dítěte. Autoři dále zmiňují techniku **pozitivního posilování** spočívající v tom, že dítěti je srozumitelně vysvětleno správné chování, které se od něj očekává. Vhodné chování je bezprostředně odměněno a stává se tak další motivací.

Rodinná terapie si klade za cíl zlepšení komunikace a vzájemného porozumění mezi dětmi a rodiči a hledání společného řešení problému. Rodiče bývají často velmi unavení, frustrovaní, s pocitem selhání a viny. V rodině panuje mnohdy napjatá atmosféra. Tato terapie dle Kucharské (1999, s. 42) je velmi důležitá pro znovunavození harmonie v rodině a pro zachování jejího fungování. Pro rodiče je velmi náročná, ale účinná.

Velmi často jsou užívány též **alternativní postupy**, mezi které řadíme *muzikoterapii*, *arteterapii*, kdy dochází u dětí k jejich celkovému zklidnění, *prvky dramaterapie*, napomáhající k odbourávání stresu, napětí, k prožívání pozitivních emocí, nacvičení správného chování a k potlačení nevhodných projevů. Dalšími využívanými terapiemi podle Prekopové, Sweizerové (2008, s. 141-142) jsou *relaxační techniky*, *canisterapie*, *hipoterapie*, *ergoterapie*,

hrová terapie a kineziologie. Serfontein (1999, s. 136) přikládá význam i úpravě stravovacího režimu a doporučuje vyřadit některé výrobky (např. kakao, čokoládu, salyciláty, konzervační látky atd.). Strava by měla být lehká, pestrá s dostatečným přísunem čerstvého ovoce a zeleniny. Drtílková (2007, s. 48) však zmiňuje, že tato léčba v současné době není považována za standardní ani účinnou pro to, že alergické příčiny nebyly potvrzeny.

EEG (biofeedback) je terapií využívající biologické zpětné vazby k autoregulaci mozkové aktivity. Snímaná EEG aktivita je převáděná na obrazovce do podoby jednoduché videohry. Různé metody této terapie mohou napomáhat při tréninku pozornosti, soustředění i relaxace, avšak podle Drtílkové (2007, s. 49-51) by měly být zařazeny pouze jako doplňkové techniky základní léčby.

1.5.2 Farmakoterapie

Medikamentózní léčba je v odborné literatuře uváděna jako jedna ze stěžejních forem pomoci u dětí s ADHD. Rodiče však mnohdy nejsou ochotni k této léčbě přistoupit a raději volí alternativní formy. Munden, Arcelus (2008, s. 75) však konstatují, že užívání léků u dětí se středně těžkou a těžkou poruchou může znamenat zásadní změnu v jejich chování, myšlení, učení a vztazích k ostatním lidem. Vlivem medikace může dojít ke zmírnění projevů poruchy a pak je možné přistoupit k další terapii. Léky mohou předepisovat výhradně lékaři (psychiatr, neurolog) se souhlasem rodičů, přičemž volba léků je vždy individuální. Nové trendy ve farmakoterapii hyperaktivních dětí velmi podrobně popisuje Paclt (2007, s. 87-109) ve své publikaci „Hyperkinetická porucha a poruchy chování“, kde rozlišuje užití medikace dle jednotlivých subtypů. V současné době existují dvě skupiny léků, a to *stimulancia* a *nestimulační látky*.

Stimulancia jsou přípravky podporující dopaminový systém. Dopamin ovlivňuje psychomotoriku a pozornost, která je u dětí dysfunkční. Psychostimulancia tak zmírňují hyperaktivitu a zlepšují pozornost. V naší republice je schválen **Ritalin** (metylfenidát) snižující impulzivitu, hyperaktivitu a zvyšující rozsah pozornosti. Podle Mundena, Arceluse (2008, s. 77) děti tak lépe registrují pokyny a příkazy, jsou méně agresivní, méně chybují a se zlepšením jejich sebeovládání se zvyšuje i jejich sebevědomí. **Dexadrin** (dexamfetamin) se v mnohém podobá Ritalinu, jen doba jeho působnosti je delší a denní dávkování je tak snižené. Z finančních důvodů je však z větší části užíván v zahraničí. Novým lékem z této skupiny je **Concerta**, kdy díky pomalému uvolňování účinné látky má prodloužený účinek. Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 149) vidí velkou výhodu v tom, že děti mají možnost zapojit se i do odpoledních aktivit.

Nestimulační látky

Nově registrovaným preparátem je **Atomoxetin** (Strattera) doporučený dětem od 6 let jako součást komplexního léčebného programu. Drtílková, Šerý, et al (2007, s. 151) tento lék charakterizují tím, že nemá tlumící účinky, ale aktivitu mozku upravuje jinou cestou než stimulancia. Je doporučován při léčbě ADHD s komorbidními poruchami (ODD, tikové poruchy, poruchy úzkosti a spánku).

Tricyklická antidepressiva (TCA) jsou léky pomáhající přenášet signály mezi neurony v mozku. Ordinovány jsou dětem, které nemohou užívat stimulancia, nebo jeví známky deprese či úzkosti. Munden, Arcelus (2008, s. 81) uvádějí, že účinně snižují symptomy ADHD, ale ne tak efektivně, jako stimulancia. Upravují hyperaktivitu, zlepšují náladu, ale svými sedativními účinky nezkvalitňují proces učení. Patří sem **Imipramin**, **Desipramin**, **Nortriptylin**. Předepisují se u dětí, kde Ritalin nezabírá nebo se projevují jeho vedlejší účinky. Train (1997, s. 112) udává, že u 70 % dětí se snížila agresivita, hyperaktivita a zvýšila se koncentrace pozornosti.

Antipsychotika (neuroleptika) jsou předepisována u dětí s výraznou hyperaktivitou a impulzivitou, závažnými poruchami chování, tikovými poruchami či autismem, a to tehdy, kdy nebyl úspěšný standardní postup léčby. **Risperidon** jako jediný lék této skupiny, dle Drtílkové, Šerého, et al (2007, s. 160), byl u nás schválen pro léčbu dětí od 5 let věku a užívá se v kombinaci se stimulancií.

Antihypertenziva jsou další skupinou léků. Užívaným u nás je **Clonidin**, a to pro děti s výraznou hyperaktivitou, poruchami spánku, Tourettovým syndromem a v případech, kdy stimulancia motorické tiky zhoršují (Munden, Arcelus 2008, s. 83).

1.6 Systém školských poradenských zařízení

Děti s ADHD na základě již zmíněných problémů vyžadují individuální přístup ve výchově i ve vzdělávacím procesu, a proto jsou zařazeny do skupiny dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Blíže je specifikace potřeb uvedena v zákoně č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*. Zákon je definován takto: „*Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení*“ (Zákon č. 561/2004 Sb., § 16, odst.6).

Do systému výchovného poradenství pro děti s ADHD patří: *pedagogicko psychologické poradny* (dále jen PPP), *speciálně pedagogická centra* (dále jen SPC), střediska

výchovné péče (SVP), *výchovní poradci na školách všech stupňů, školní psycholog a speciální pedagog* (Hadjmousova 2002, s. 26).

Činnost těchto poradenských služeb je vymezena ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., *o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb., s účinností ke dni 1. 9. 2011. Služby těchto pracovišť jsou bezplatné a svoji poradenskou činnost vykonávají na žádost žáků, zákonných zástupců, škol a školských zařízení. Podmínkou je předání informace podle odstavce 2 a písemný souhlas žáka nebo jeho zákonného zástupce (vyhláška č. 116/2011 Sb., § 1, odst.2).

Pedagogicko psychologická poradna

Hlavní náplní poraden je diagnostika, intervence, nápravná péče, terapie a prevence. V předškolním věku se jedná především o zjišťování školní zralosti před nástupem do školy, kdy pro povolení odkladu školní docházky je nezbytné vyjádření poradny. Činnost je rovněž zaměřena na vyšetření dětí s možným podezřením na specifické poruchy učení a chování nebo jiné postižení, vyžadující následnou integraci dítěte. Zaměřuje se též na nerovnoměrnosti ve vývoji dítěte, na obtíže v adaptaci a na reedukaci dětí se speciálně vzdělávacími potřebami. V poradnách pracují psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. V péči těchto poraden jsou zpravidla děti od 3 do 19 let.

Poradny připravují podklady pro integraci dětí, podílí se na tvorbě individuálně vzdělávacích plánů (IVP), a v tomto ohledu také poskytují konzultace. Vypracovávají odborné posudky a návrhy podpůrných nebo vyrovnávacích opatření pro školy a zákonné zástupce. Poskytují také služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v sociálním nebo osobním vývoji (vyhláška č. 116/2011 Sb., § 5, odst. 3).

Speciálně pedagogické centrum poskytuje poradenské služby dětem se zdravotním znevýhodněním, zdravotním postižením, dětem integrovaným, a to zpravidla od 3 let věku do ukončení povinné školní docházky. Dále pak školám a školským zařízením, kde jsou tyto děti integrované. Zjišťuje připravenost žáků na povinnou školní docházku, zpracovává odborné podklady pro jejich integraci a na zařazení do vhodného školského zařízení, vykonává psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku (vyhláška č. 72/2005 Sb., § 6, odst.4).

V těchto centrech je větší zastoupení speciálních pedagogů, než je tomu v PPP, a jejich působení je zaměřeno hlouběji. Na rozdíl od PPP, které se věnují především diagnostice a poradenství, SPC se zaměřuje na děti s určitým druhem postižení (mentální, zrakové, sluchové atd.). SPC i PPP však úzce spolupracují při vytváření IVP pro integrované žáky, při indikaci speciálních pomůcek nebo činnosti asistenta pedagoga (Slawík 2007, s. 38).

Středisko výchovné péče

Činnost je dle Hadjmousové (2002, s. 28) zaměřena na prevenci a terapii sociálně patologických jevů u dětí a mládeže a na poradenskou činnost. Přebírají péči v případech, kdy se výchovné problémy vyskytují již v závažné formě a intervence PPP a SPC je nedostačující. Působí zde psychologové, speciální pedagogové a psychoterapeuti.

Klienty SVP jsou většinou děti z rodin disharmonických, rozpadajících se a s nízkou sociokulturní úrovní. Poradenská činnost je zaměřena na děti, rodiče, učitele a výchovné pracovníky. Psychoterapeutická intervence je poskytována formou individuální, skupinovou a rodinnou. Úzce spolupracuje s PPP.

Legislativně navazující na zákon č. 561/2004 Sb., je vyhláška č. 73/2005 Sb., *o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálně vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Jestliže je dítě po odborném vyšetření zařazeno do této kategorie, je vypracován IVP, podle kterého se vzdělává. Tento plán vychází ze školského vzdělávacího programu (ŠVP) příslušné školy, ze závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením nebo jiného odborníka a vyjádření zákonného zástupce dítěte. Je závazným dokumentem speciálních vzdělávacích potřeb žáka (vyhláška č. 73/2005 Sb., § 6, odst. 2–3).

Jucovičová, Žáčková (2010, s. 187) uvádějí, že rodiče by měli o IVP požádat a stvrdit podpisem. Plán je pak možné měnit a upravovat podle aktuálních potřeb situace dítěte. SPC a PPP by pak 2x ročně mělo plán vyhodnotit a sledovat dodržování stanovených postupů. Je součástí dokumentace dítěte.

Pokud to situace vyžaduje, pak může ředitel školy na základě školského poradenského zařízení zřídit funkci asistenta pedagoga, což v případě dětí s ADHD není výjimkou. Tato funkce je jasně vymezena vyhláškou č. 147/2011 Sb., § 7, která mění vyhlášku č. 73/2005 Sb. Asistent pedagoga je pedagogickým pracovníkem, který vykonává přímou pedagogickou činnost podle § 2 zákona č. 563/2004 Sb., *o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů* (Zákon č. 563/2004 Sb., § 2, odst. 2).

Zajištění potřebné péče dítěti s ADHD není otázkou vůle či uznání a respektování diagnózy, ale je to povinnost (nejen morální) (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 188).

2 Specifika předškolního věku u dětí s ADHD

Každé vývojové období v životě dítěte má svá specifika. Ne jinak tomu je u dítěte v předškolním období se syndromem ADHD. Helus (2004, s. 157) uvádí, že vývoj osobnosti

není jen souborem změn, ale má svůj řád a člení se na stádia, která mají své zvláštnosti. Ta na sebe navazují a poruchy v předchozím stádiu znesnadňují přirozený vývoj v dalším stádiu. Je proto důležité přihlížet při výchovném a vzdělávacím působení k věkovým odlišnostem a postupovat v souladu se zvláštnostmi vyplývajícími z odlišného vývoje osobnosti dítěte se zmíněnou poruchou.

2.1 Charakteristika předškolního období

Obdobím nejintenzivnějšího růstu a vývoje dítěte je bezesporu období předškolní. Toto období může být pojímáno buď od narození po nástup do školy, ale jak uvádí Opravilová (2002, s. 13), je velmi často spojováno s obdobím, kdy dítě mateřskou školu navštěvuje, nebo dobou těsně před nástupem do školy.

Matějček (2005, s. 138) definuje předškolní období od 3 do 6 let a konstatuje, že ukončení této fáze nesouvisí pouze s dovršením fyzického věku dítěte, ale je jedním z nejdůležitějších sociálních mezníků při nástupu dítěte do školy.

Charakteristické pro toto období podle Vágnerové (2008, s. 174) je postupné odpoutání se dítěte od závislosti na rodině a snaha o vlastní prosazení a spolupráci mezi vrstevníky. Dochází k postupnému osvojování si určitého řádu, a tím k přípravě na život ve společnosti.

Motorický vývoj se v tomto období zdokonaluje. Jak popisují Mertin, Gillernová (2003, s. 11), pohybová koordinace je přesnější, účelnější, plynulejší a vede k lepší sebeobslužnosti (oblékání, zavazování tkaniček, hygieny), čímž zároveň snižuje potřebu dopomoci dospělé osoby. Pohybovou elegancí a hbitostí již může napodobovat různé sportovní aktivity.

Rozvíjí se ***jemná motorika***, a to především drobné svalstvo ruky a prstů. Dítě si velmi rádo hraje s nejrůznějšími materiály, např. modelínou, kamínky, korálky a poznává tak nejrůznější tvary a procvičuje svoji zručnost. S rozvíjením jemné motoriky úzce souvisí *kresba*. Každému věku odpovídá specifický druh kresby. Tento výtvarný projev, jak zmiňuje Davido (2008, s. 13), má i diagnostický charakter, proto ji nelze opomíjet. Obsahuje v sobě nejen hru, zábavu a snění, ale i skutečnou realitu. V situaci, kdy dítě není schopné vyjádřit své pocity mluvenou řečí, stává se také komunikačním, rehabilitačním a terapeutickým prostředkem (Říčan 2006, s. 130). Její kvalita odhaluje úroveň intelektu a emoční prožívání dítěte. Svými obrázky vyjadřuje situace tak jak je vnímá a chápe, vyjadřuje svoje pocity, prožitky, radosti, ale i traumata. Bednářová, Šmardová (2006, s. 67) uvádějí, že kresba dává možnost nám dospělým orientovat se v jeho potřebách a prožívání.

Říčan (2006, s. 131) popisuje první kresebné pokusy kolem 1. roku tzv. „čáranice“. Ve třech letech začíná kreslit kruhovitý tvar, ovál. Mezi 3. – 4. rokem přicházejí první pokusy o znázornění lidské postavy tzv. „hlavonožec“ (kolečko a v něm zakreslené nejdůležitější

detaily lidské tváře – oči, ústa často nesprávně umístěné). Připojeny jsou zahnuté čáry znázorňující ruce a nohy. U pětiletého dítěte je kresba již detailnější, postava je postupně oblékána a je patrné realistické zobrazení. V této fázi dítě většinou kreslí to, co vidí. Vágnerová (2008, s. 185) přikládá význam kresby i pro posouzení školní zralosti a v pozdějším věku pro osvojení psaní.

Mezi **kognitivní procesy** rozvíjející se v předškolním období patří **poznávání**, zaměřené na nejbližší okolní svět a jeho pravidla. **Myšlení**, jež je předpojmové (vázané na konkrétní situace), nazývané také předoperačním stadiem, dle Vágnerové (2008, s. 174) se kolem 4. roku dostává na úroveň názorového (intuitivního) myšlení. Dítě je schopné tedy lépe chápat obecné pojmy, které již tolik nevztahuje na určitou věc (např. psem myslí všechny psy a ne jednoho). V tomto období však nerespektuje zákony logiky, a proto je můžeme chápat jako nepřesné.

Říčan (2006, s. 123) popisuje uvažování předškoláka jako **egocentrické**, tzn. že dítě není schopné pochopit odlišný názor někoho jiného, než má ono samo. Velmi často odmítá vše, co není ve shodě s jeho názorem. Dalším rysem uvažování je **magičnost**, kdy si děti pomáhají fantazií, ale poznávání světa si tak zkreslují. Nedělají rozdíly mezi vlastní fantazií a skutečností. **Antropomorfismus** je podle Langmeiera, Krejčířové (2006, s. 92) dalším znakem dětského myšlení, kdy děti připisují lidské vlastnosti neživým objektům (polidšťování), např. „sluníčko svítí, protože je hodné“. Charakteristický je také **artificialismus**, kdy všechno „se dělá“. Nedostatek vjemů doplňují fantazijní smyšlenky nazývané *konfabulace*, kterým dítě věří a o jejich pravdivosti je přesvědčeno. Vágnerová (2008, s. 182) doplňuje, že by měly vymizet s přechodem do mladšího školního věku.

Dítě je také schopno vyvodit některé závěry, avšak pouze dle vlastního názoru. Podle autorů chybí myšlení předškoláků komplexní přístup a je nekoordinované a útržkovité.

Řečové dovednosti se mezi 3. – 6. rokem zkvalitňují. Jejich úroveň odpovídá stupni rozvoje poznávacích procesů a zpracování informací úrovni myšlení. Je obohacena aktivní i pasivní slovní zásoba. Napomáhá tomu naše mluvené slovo, čtení pohádek a odpovídání na nekonečné otázky „proč“ a „jak“. Všechné otázky nerozšiřují jen slovní zásobu, ale dle Vágnerové (2008, s. 194), obohacuje znalosti dítěte a pomáhá jim pochopit komplexnější vztahy. Říčan (2006, s. 22) uvádí, že v šesti letech je schopné užívat 2 500 slov a rozumí dalšímu tisíci slov. Osvojují si také *gramatická pravidla* (skloňování, časování, stupňování), věty jsou již rozvitě. Ve čtyřech letech dovedou užít čas budoucí, mezi 4. – 6. rokem mají osvojeny způsoby užívání sloves. Je pro ně lépe pochopitelná mnohoznačnost některých slov a jsou schopné chápat i prostorové vztahy. Kutálková (2002, s. 68) uvádí, že gramatická správnost jazyka je rozvíjena kolem pátého roku a nedostatky mohou signalizovat určité nerovnoměrnosti ve vývoji. Do sedmi let by měla být základní stavba dokončena. Běžně

používají souřadná i podřadná souvětí a zájem o mluvenou řeč u nich roste. Předškoláci jsou schopni naslouchat krátkým pohádkám, reprodukovat říkanky, zazpívat písničku.

Typická pro toto období je dle Vágnerové (2008, s. 192) tzv. „*egocentrická řeč*“ (vnitřní řeč), která je zkratkovitá, kdy si dítě mluví samo pro sebe, a je spojená s jeho myšlením. Langmeier, Krejčířová (2006, s. 88) doplňují, že během 4. – 5. roku se řeč předškoláků upraví a vymizí patlavost.

Předškoláci začínají chápat i **matematické vztahy**. Počítání má znaky názorného myšlení a je vázáno na jeden konkrétní předmět. Jsou schopni odříkat početní řadu do desíti a přiřadit názvy čísel k počítaným předmětům. Avšak podle Vágnerové (2008, s. 189) zatím nerozumí podstatě číselného pojmu. Správný počet předmětů, jak zmiňují Langmeier, Krejčířová (2006, s. 89) určí v šesti letech (v rozsahu 10), ale za pomoci názorné opory.

Paměť v tomto období, jak uvádí Šulová (2003, s. 14), má charakter bezděčného zapamatování a uchování informací. Dítě si lépe pamatuje konkrétní věci a události, než slovní popis. Typická je krátkodobá paměť a mezi 5. – 6. rokem nastupuje paměť dlouhodobá. Situace citově zabarvené a podmíněné prožitkem je dítě schopné si pamatovat i celý život (explicitní, epizodická paměť). Záměrnou paměť začíná používat kolem pátého roku. Převažuje však stále paměť mechanická a její kapacita se navyšuje.

„Rozvoj paměťových schopností závisí na zrání příslušných mozkových struktur, na aktuální úrovni kognitivních schopností a na zkušenosti“ (Vágnerová 2008, s. 191).

Jedním z nejdůležitějších poznávacích procesů je **vnímání**. Díky němu získává dítě informace o okolním světě. Nesoustředí se pouze na celek, ale i na jeho části „co je uvnitř“, „jak to dělá“. Rozkládá hračky, skládá stavebnice, což je podle Matějčka (2005, s. 146) výborné cvičení pro nácvik analýzy a syntézy. **Zrakové vnímání** vzájemně souvisí s **vnímáním sluchovým**. Rozkládat zvukové celky na části a zpětně je složit je proces, který bude potřebovat při rozkládání slova na slabiky a hlásky. Matějček (2005, s. 147) říká, že dítě v šesti letech je schopné sluchem rozlišit slova, lišící se jednou hláskou (kos – nos), některé děti vyhláskují i jednoduchá slova, jako např. mák, pes, kos.

Ve **vnímání prostoru** se objevuje přeceňování, kdy neumí dobře odhadnout prostorové vztahy a hodnotí je podle toho, jak je vnímá a jak se mu jeví. Prvotní jsou zkušenosti s polohou těla v prostoru a pak teprve s předměty v prostoru. Vše je závislé, podle Vágnerové (2008, s. 188), na dozrávání lateralizace a na biologickém zrání dítěte.

Chápání **času** se rozvíjí pomaleji, opakující se a známé události jsou pro dítě bernou mincí pro jeho časovou orientaci. Je vázané na přítomnost a pojem minulost a budoucnost obsahově nevnímá.

Emoční prožívání je u předškoláků vyrovnané a stabilní. Převažují pozitivní emoce nad negativními, děti umí lépe své emoce vyjádřit, vyrovnat se s nimi, dokážou je ovládat. Jsou

již schopné sebekritiky (vědí, co je správné či nesprávné). Na základě rozvíjení *emoční inteligence* jsou schopné chápat i pocity ostatních lidí. Je to dáno dozráváním CNS. Prožitky jsou dle Vágnerové (2008, s. 198) vázané na aktuální situaci a na to, zda dítě prožívá uspokojení či neuspokojení. Pocity viny jsou podmíněny morálním uvažováním, protože se dítě již ztotožnilo s určitými pravidly. Prožívání je intenzivní, ale krátkodobé a proměnlivé. Dokážou mezi sebou spolupracovat a navzájem si pomáhat. Rozvíjí se i smysl pro humor. Martin, Gillernová (2003, s. 133) dále popisují schopnost a chuť dítěte podřídit se zájmu ostatních, řešit neshody kompromisem a mezi sebou soutěžit.

Velmi důležitý je v tomto období vztah k matce i otci, kteří vytvářejí citové zázemí a podmínky pro jeho prožívání. Jsou pro něho autoritou, kterou napodobuje ve všech směrech, jejich chování pojímá za svůj vzor, a to i v negativním smyslu slova. Plní si tak jeden z významných vývojových úkolů, identifikaci.

Sociální vývoj se odehrává především v rodině, která je pro dítě nejvýznamnějším podnětným prostředím, ale i mimo ni. Vágnerová (2008, s. 203) popisuje identifikaci dítěte i v jiných sociálních skupinách, jako jsou vrstevníci, či mateřská škola. Dítě se tak sociálně osamostatňuje, prosazuje a seberealizuje. Ztotožňuje se s rolí vrstevníka, kamaráda a žáka mateřské školy. Je nuceno podřídit se a respektovat cizí dospělou autoritu – učitelku.

Významnou roli sehrává i *genderová identita*, kdy dle Mertina, Gillernové, (2003, s. 13) na základě sociálního učení napodobuje chování rodiče nebo jiných lidí téhož pohlaví. Chlapci se identifikují s otcem a dívky s matkou. Důležitá je souhra obou rodičů a jejich citová pohoda.

Hra je významnou součástí socializačního procesu. Podle Opravilové (2004, s. 7) je jazykem dětství a prostředkem, kterým se dítě učí a duševně rozvíjí. Je základní psychickou potřebou, kde dítě promítá své myšlenky, přání, touhy a úzce souvisí s poznáváním okolního světa. Odráží se v ní zkušenosti a prožitky. Rozvíjí sociální stránku osobnosti dítěte, kdy při hře se svými vrstevníky musí komunikovat a užívat verbální i neverbální prostředky, a tím rozvíjí nejen řeč, ale i svůj vlastní projev. Umožňuje mu zažít úspěch i prohru rozvíjející jeho osobnost. Prostřednictvím hry může vyjadřovat emoce, problémy i zkušenosti, které jiným způsobem vyjádřit neumí.

Zdrojem vzorů, poznatků a inspirace dle Matějčka (2005, s. 155) jsou pro děti dospělí. Pokud pozorně sledujeme jejich hru, mnohdy nabýváme dojmu, že se díváme do zrcadla. Do hry zapojují svoji živou, neotřelou a tvořivou fantazii a nám tak dávají informace o nabytých zkušenostech.

Hru u menších dětí lze využít, jak popisují Langmeier, Krejčířová (2006, s. 102), jako psychoterapeutický či diagnostický prostředek. Pomáhá jim překonat různé traumatizující události pro ně vlastním rozumem nepochopitelné, hledají tak jejich řešení či vysvětlení.

Autoři uvádějí hry: *tématické* (námětové), sloužící k nácviku budoucích rolí, hra „na něco“ (např. na prodavačku, doktora atd.), *symbolické*, pomáhající se vyrovnat se zatěžující realitou a symbolicky si vyplnit přání, která si ve skutečnosti vyplnit nemůže, *úlohové*, při kterých děti přebírají různé úlohy dospělých (např. na rodinu, na učitele atd.), *konstruktivní* (stavebnice, modelína atd.), *kooperativní*, kdy si děti vzájemně rozdělí role, vykonávají je, *funkční*, zaměřené na procvičení těla, *iluzivní*, kdy děti využívají předmětů v přeneseném významu (klacík – panenka, dalekohled atd.).

Předškolní věk je vrcholnou dobou *fantazie a pohádek*. Pohádkový děj má jasně daná pravidla, dobro vítězí nad zlem. Matějček (2005, s. 155) říká, že svou čarounou neurčitostí (Byl jednou jeden král...) a tajemností (Za sedmi horami...) jsou velmi blízké dětské mentalitě. Pohádkové postavy jsou výrazné typy s jednoduchým popisem a je jasně vymezeno, kdo zastupuje zlo a kdo dobro. Jednoduché rysy postav odpovídají vnímání skutečnosti jako černo-bílého obrazu. Děti se v tomto věku dle Říčana (2006, s. 132) umí do příběhu vcítit a soustředit se po celou dobu čtení či vyprávění. Vyžadují neustálé opakování příběhu a opravují chyby předčítajícího.

Předčítání pohádek, říkanek či jiných dětských příběhů z knížek má u dětí nezastupitelné místo. Mají pocit, že na ně knížka mluví jinou řečí. Jsou tam nová slova, jiná je skladba vět i intonace hlasu, řeč dítěte se tímto způsobem obohacuje. Identifikují se s hrdinou a vnímají jeho vlastnosti (obětavost, vytrvalost, upřímnost). Svoji pozornost tak určitou dobu soustředí na pohádkový děj. Nenahraditelný je i pocit bezpečí a jistoty při předčítání a upevňování vazeb mezi rodiči a dítětem.

2.2 Vývojová specifika dítěte s ADHD

Vývoj dítěte s ADHD zahrnuje nejrůznější nedostatky, způsobené drobnými odchylkami v mozku. Projevy vyplývající z této poruchy nejsou typické, ale individuální. Klinický obraz dle Drtílkové (2007, s. 76) se v průběhu vývojových etap mění, a to v závislosti na dozrávání mozku. Některé matky uvádějí např. neobyčejnou aktivitu plodu již v děloze před narozením.

V *kojeneckém období* ještě není snadné hyperaktivitu či hypoaktivitu s určitostí rozpoznat, avšak některé projevy tomu již v mnohém napovídají. Na rozdíl od zdravých kojenců, kteří si brzy vytvoří pravidelný rytmus bdění, spánku, či krmení, jsou hyperaktivní děti neklidné, plačtivě a objevují se poruchy biorytmu (např. špatné usínání, časté noční buzení), a to i v případě, že byly uspokojeny všechny jejich potřeby. Paclt (2007, s. 20) uvádí výskyt poruch spánku v tomto období až u 52 % dětí s ADHD. Někteří kojenci špatně přijímají

potravu (hůře sají mléko), následkem čehož pomalu přibývají na váze, musí být přikrmováni nebo zcela přecházejí na umělou výživu.

Jucovičová, Žáčková (2010, s. 23) popisují, že matky těchto dětí jsou unavené, frustrované z toho, že nedokážou své dítě uspokojit a uklidnit. Velmi často pocítují kritiku blízkého okolí za to, že jsou neschopné se o dítě postarat. Umocňuje se jejich pocit neschopnosti, nekompetentnosti a někdy až pocit viny. Tento moment může být prvopočátkem narušení vztahu mezi matkou a dítětem, který by v budoucnosti mohl mít dalekosáhlé důsledky pro oba.

Ani v *batolecím období* nelze s určitostí hyperaktivitu určit, protože dle Mundena, Arceluse (2008, s. 21) pohybová aktivita u všech dětí do tří let neustále roste. Děti jsou nápadně živé a pohyblivé, čímž roste riziko častějšího úrazu. Rodiče jsou nuceni být neustále ve střehu, předpovídat možné nebezpečné situace a snažit se jim předejít. Paclt (2007, s. 20) udává fakt, že až 46 % dětí s ADHD je k úrazům náchylnější. Charakteristický je také celkový neklid, impulzivita a neschopnost soustředit se delší dobu na hru.

Naopak u dětí s ADD rodiče uvádějí pomalé latergické chování a projevy. Hrají si tiše a nejsou s nimi žádné problémy. Některé děti nereagují ani na určité podněty, ale, jak popisuje Train (1997, s. 43), rodiče toto vnímají jako projev jejich spokojenosti a vyrovnanosti. I v tomto období jsou typické poruchy spánku. Společným znakem ADD/ADHD je neschopnost soustředit se a vydržet u určité činnosti (hry), neobratnost a neohrabanost. Jejich frustrační tolerance je nízká a na neuspokojení svých potřeb či na své neúspěchy reagují zlostí až agresí. Negativismus u nich oproti běžnému vývojovému období trvá výrazně delší dobu. Vzhledem k těmto projevům dochází k sociálním konfliktům a dítě je vnímáno jako „zlobivé“ či „nevychované“. Rodiče se mnohdy cítí bezradní, za své dítě se stydí a přiznávají, že mu nerozumí.

Velmi častým příznakem je *opožděný vývoj řeči*. Když začínají mluvit, nepřetržitě žvatlají jedno přes druhé a rodiče si odpočinou až po jejich uložení k spánku.

Patrný je také nerovnoměrný *psychomotorický vývoj*, kdy v některých oblastech vynikají a v jiných jsou pozadu (např. sociální). Děti se mnohdy naučí dřív lézt než sedět. Motorický vývoj je rychlejší a chodit začínají kolem 10. měsíce.

V období *předškolního věku* jsou již projevy ADHD nápadnější. „*Nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita nebo hypoaktivita, zvýšená efektivita a emocionalita bývají často příčinou problému při vstupu do předškolního zařízení*“ (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 24). Proto je adaptabilita dětí značně ztížena. V mateřské škole se projevují jako divoké, neukázněné a agresivně reagující, když se musí podřídít (např. autoritě, režimu). Ostatním dětem kazí hry, ničí stavby, velmi rychle střídají své činnosti. Není snadné jejich chování usměrnit. Drtílková

(2007, s. 74) popisuje problém i ve vrstevnických vztazích, kdy na sebe snaží upoutat pozornost a zaujmout za každou cenu. Cítí-li dítě, že je odmítáno, což nebývá výjimkou, má podle Traina (1997, s. 51) jeho neklid vzrůstající tendenci. Toto chování pramení z jejich egocentrického zaměření. Těžkosti při navazování vztahu rovněž dítěti činí náladovost, sklon k podrážděnosti, hněvu a neposlušnosti.

U předškoláků dochází k určitému „zvnitřňování“ norem a pravidel, ale děti s ADHD je nerespektují. I toto jsou důvody negativního pohledu a vnímání těchto dětí dospělými, a ve své podstatě se vytváří bludný kruh.

K dalším vývojovým odlišnostem patří *poruchy motoriky a motorické koordinace*. Spolu s impulzivitou mají za následek, stejně jako v batolecím období, velmi časté úrazy. Poruchy motoriky se také promítají v oblasti jemné i hrubé motoriky a motoriky mluvidel. Je rovněž oslaben proces vnímání, a to jak v oblasti zrakové, kdy děti nechtějí např. hrát pexeso, skládat puzzle, nerady a hůře kreslí, tak i sluchové. Vážně také vizuomotorická koordinace a problém jim činí např. kreslit podle předlohy. Deficit je patrný i ve vnímání prostoru a času, stejně jako v krátkodobé paměti. Odklad školní docházky je velmi často u dětí s ADHD doporučen. Uváděnými důvody jsou nerovnoměrné zrání CNS, závažné poruchy řeči, zdravotní důvody či sociální nezralost. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 25) proto doporučují v roce odkladu s dítětem intenzivně pracovat tak, aby došlo k usměrnění projevů chování a případně se předešlo vzniku možných poruch učení.

2.3 Role rodiny při výchově dítěte s ADHD

Nejvhodnějším a nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte je bezesporu rodina. Nikdo jiný nemůže dětem poskytnout takový pocit jistoty, bezpečí a lásky. Zajišťuje nejen biologické a tělesné potřeby, ale pečuje o jeho duševní, citový a morální rozvoj. Specifické postoje i klima každé rodiny také ovlivňuje celou osobnost dítěte. Jucovičová Žáčková (2010, s. 55) konstatují, že rodina je mnohdy prvním i posledním útočištěm a místem, kde jsou děti milovány a přijímány takové, jaké jsou. V rodině se učí žít s ostatními členy a přijímat jejich pravidla a chování. V předškolním věku jsou rodiče ztělesněním ideálu, který bezmezně akceptuje a identifikuje se s ním.

Poznání rodičů, že je jejich dítě „jiné“, bývá velkým šokem. Radost a naději, které ve své dítě doposud vkládaly, najednou střídají pocity úzkosti, zklamání, viny a obavy z toho, co bude následovat. Měli by si však uvědomit, že děti s ADHD za své projevy nemohou a zrovna tak ani oni nenesou na této skutečnosti žádnou vinu. Výchova je bezesporu náročnější a obtížnější, než v případě zdravého potomka. Rodiče prožívají velmi náročné situace, jsou

nucení jim odolávat a řešit je. Mnohdy jsou fyzicky i psychicky vyčerpaní. Někteří rodiče si se svým dítětem opravdu nevědí rady, protože u něj selhávají běžné výchovné postupy. Hledají pomoc a podporu u nejbližších členů rodiny, přátel a neposlední řadě i u odborníků. Proto je velmi důležité, aby znali podstatu problému, akceptovali ho a snažili se ho postupně řešit a překonávat.

Jucovičová, Žáčková (2007, s. 44) velmi pěkně popisují lidskou kvalitu, spočívající ve schopnosti přijímat odlišnosti těchto dětí, v toleranci k jejich projevům, v pochopení a pomoci. Train (1997, s. 141) poukazuje, že pomoc rodičům je tím nejlepším způsobem, jak pomoci i dítěti. Existuje mnoho nejen odborných publikací, kde jsou detailně popsány výchovné postupy a zásady, napomáhající zmírnit projevy a chování dětí s ADHD.

Je nutné říci, že je velký rozdíl mezi dětmi s tímto syndromem, které jsou výchovně dobře vedené, a které nikoliv.

Velmi často rodiče ve snaze pomoci svému dítěti z nevědomosti používají nesprávné výchovné postupy. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 63) mezi tyto přístupy řadí: *nejednotnou, nevyváženou a nedůslednou výchovu, perfekcionalistickou výchovu (náročnou, autoritativní a přísnou), liberální výchovu (uvolněnou, rozmazlující, kdy je dítě zmatené, protože nemá pevný řád a neví, co smí a co ne).*

Naopak vhodně zvolené výchovné přístupy mohou zmírnit negativní projevy v chování dítěte až na minimum. Rodiče by měli především pochopit „že při výchově dítěte musejí stát bok po boku, a to i za cenu častých zklamání a nezdarů“ (Serfontein, 1999, s. 117). Společně se tak mohou postupně naučit své dítě úspěšně zvládnout.

Výchovné zásady v rodině

1. Vytvořit klidné a proteplené prostředí

Láskyplné a klidné prostředí v rodině je základem pro výchovu dítěte. Čím je zázemí klidnější, tím je lépe eliminováno jeho negativní chování. Láska, opora, zázemí a pocit sounáležitosti v rodině by dítě mělo pociťovat jako běžné prožitky v každodenním životě. Mělo by pociťovat, že mu všichni rozumí i přesto, že někdy „zlobí“, a je přijímáno takové, jaké je. Za sebemenší úspěch by mělo být náležitě pochváleno, a tím i motivováno k dalším úspěchům. Ačkoliv je to mnohdy velmi obtížné, jak podotýkají Jucovičová, Žáčková (2010, s. 55), rodiče by měli být ve vypjatých, afektivních situacích klidní, vyrovnaní, laskaví a trpěliví, a svým chováním tak být dítěti vzorem.

„Děti se stávají takovými, za jaké je jejich rodiče považují“ (Černá 1999, s. 115).

2. Stanovit řád a vytýčit jasně a pevně hranice ve výchově

„Pravidla jsou určitý druh smlouvy, která popisují svobodu i omezení našeho jednání, aniž by se uváděla v pochybnost láska“ (Prekopová, Schweizerová 2008, s. 127). Rogge (1996, s. 23) říká, že přehledná pravidla, např. každodenní rituály, poskytují dítěti jistotu a sebedůvěru. Je důležité, aby dítě samo bylo schopné odhadnout i důsledky při jejich nedodržení. Na těchto důsledcích by se dítě mělo spolupodílet s rodiči. Samo pak ví, co je správné, a co ne. Je nezbytné, aby se s pravidly ztotožnilo a přijalo je za své. Mělo by se naučit podřídit své zájmy a potřeby potřebám a požadavkům ostatních. Drtílková (2007, s. 247) vidí důležitost v „domácím řádu“ s nastavenými pravidly a povinnostmi, přiměřenými jeho věku a schopnostem.

3. Dodržovat důslednost

Tato zásada úzce souvisí se zásadou předchozí. Proto, aby byla daná pravidla dodržována, musí být kladen důraz na jejich důsledné plnění. V případě, že tomu tak není a např. prarodiče toto nerespektují, pak to u dětí podle Traina (2001, s. 134) vyvolává zmatek.

Důsledná kontrola by měla být pravidelná a častá a rodiče by ji měli provádět láskyplně a trpělivě. Pokud se dítěti něco nepovede, měla by podle Jucovičové, Žáčkové (2010, s. 57) následovat zpětná vazba v podobě určitého kompromisu. Mělo by pak mít možnost vybrat si z dalších postupů a dosáhnout tak ocenění a pochvaly za svoji snahu.

Důslednost by ale ve výchově neměla znamenat tvrdost. Dítě s touto poruchou netrestáme, aby se necítilo zlé, špatné a odsouzené. Je lépe držet se úsloví „Činy jsou mocnější než slova“ (Train 2001, s. 136), jít tak vlastním příkladem a napomáhat tak zpevnění žádoucího chování..

4. Sjednotit výchovné přístupy

Velmi důležitou roli ve výchově hraje spolupráce všech, kteří dítě vychovávají. Má-li být výchova účinná, je nezbytné sjednocení všech požadavků. V opačném případě se dítě špatně orientuje v prostředí, které ho obklopuje a vnímá ho jako chaotické. Nejednotná výchova pak problémy může prohloubit a rozhodně se nevyplácí. V důsledku toho může dojít k rozporům a hádkám mezi partnery, což se zpětně odrazí na negativním chování a projevech dítěte. K tomuto se vyjadřuje i Prekopová (2001, s. 115) a říká, že pro dítě je důležité vědět, že rodiče jsou zajedno. Už jen pocit nevědomosti, koho má poslechnout, je pro něj zneklidňující a trápí ho.

5. Soustředit se na kladné stránky osobnosti dítěte

Dítě s tímto syndromem je za své chování a projevy velmi často káráno a napomínáno. Prožívá tak vlastní neúspěch a ponížení. Proto je třeba zdůrazňovat jeho kladné stránky a ocenit i snahu a malé pokroky. Pro něj samotné udělat něco dobře, např. neskákat do řeči, vydržet v klidu, znamená vynaložit značné úsilí. Jucovičová, Žáčková (2010, s. 58) vidí nejlepší cestu, jak zabránit negativním projevům, jim předcházet. Neustálé trestání vede k ještě větší zatvrzelosti a nakonec začne dítě testy ignorovat. Prof. Matějček radí „zařídít věci tak, aby je dítě udělalo dobře a my je za to mohli pochválit“ (Drtílková 2007, s. 65).

6. Usměřovat aktivitu dítěte a dodávat mu přiměřené podněty

Nadmíra pohybu, neklidu a zvýšená aktivita jsou symptomy, které z ADHD vyplývají. Bránit dítěti v pohybu není příliš dobrým řešením, tím mu spíš ublížíme, vhodné je nechat dítě „vybít“. Nabízením přiměřených podnětů docílíme větší soustředěnosti a jeho vnímání. Je-li dítě zahlceno neúměrným množstvím podnětů, mohou se problémy prohlubovat a může dojít k afektivním reakcím. Jeho obrannou reakcí je to, že „vypíná mozek“, a okolím je vnímáno jako neposlušné.

7. Věnovat se vztahům mezi sourozenci

Pokud jsou v rodině sourozenci, rodiče by neměli mít stejný „metr“. Odlišnosti v chování by zdravým sourozencům měli přijatelným způsobem vysvětlit a ujistit je, že je mají všechny stejně rádi. Spravedlivý a důsledný přístup dle Serfonteina (1999, s. 131) má na harmonický vztah mezi sourozenci nesmírně důležitý vliv.

Výchova těchto dětí je náročný a dlouhodobý proces, vyžadující mnoho času, trpělivosti a optimismu rodičů. Dle Jucovičové, Žáčkové (2007, s. 26) se vynaložené úsilí vyplatí. I v případě správně zvoleného výchovného přístupu se rodiče setkávají s nepochopením a odsuzováním. Příčinou může být neznalost problematiky, neschopnost odlišit projevy od nekázně a porovnávání chování s dětmi bez poruchy.

2.4 Specifika edukace v mateřské škole

Většina dětí předškolního věku navštěvuje mateřskou školu. Ne jinak je tomu u dětí s různými odchylkami ve vývoji, tedy i dětí s ADHD. Mateřská škola je pro ně místem poznání, navazováním nových vztahů, učení se sociálním dovednostem a respektování pravidel a norem. Nenahrazuje rodinnou výchovu, avšak každodenním pobytem ovlivňuje jeho celkový vývoj.

Další přijímanou a respektovanou autoritou je pro dítě učitelka. Říčan (2006, s. 126) popisuje učitelku jako osobu, kterou dítě bezmezně miluje, její slovo je zákon, přejímá její hodnoty a touží se jí podobat. To je moment, jež by měla každá učitelka využít pro své výchovné působení. Učitelka, jak uvádí Matějček (2005, s. 170), svojí autoritou určuje, co je a co není dobré, dává najevo svoji radost či nespokojenost. Činí to tím, co říká, jak reaguje a jak se chová. Do výchovy tak v první řadě vnáší sama sebe a teprve potom to, co cíleně chce. Děti se stávají zrcadlem a přinášejí do rodiny to, co si v mateřské škole osvojily.

Výchovný přístup, metody a formy by měly odpovídat vývojovým zvláštnostem dětí. Kromě profesních dovedností by učitelka měla využívat speciálně výchovných a diagnostických znalostí, vztahujících se ke schopnosti respektovat vývojové a individuální zvláštnosti dítěte. Gillernová (2003, s. 29) mezi další vlastnosti řadí empatii –schopnost vcítit se do dětského světa. Umění naslouchat jí pomáhá lépe porozumět potřebám a pocitům dítěte. Součástí „profesní výbavy“ učitelky by měla být její sebekontrola a sebeovládání, tolerantní přístup, kterým dětem ukazuje, jak je možné rozvíjet vzájemné vztahy bez agresivity. Velmi častými projevy je neverbální komunikace (gesta, mimika), která mnohdy napoví, co dítě prožívá, proto je nutné, aby se učitelka v ní orientovala a mohla tak lépe předcházet nežádoucím projevům. Proto, aby dítě mohlo zažít pocit sebejistoty a sebedůvěry, musí učitelka připravit podmínky a navodit situace, které mu v tom pomohou. Nechat je vyniknout v činnostech pro něj zvládnutelné a je v nich dobré, náležitě je ocenit. Odměňovat již za úsilí a snahu, vynakládanou při plnění zadaného úkolu. Důležitá je i zpětná vazba, která podle Riefové (1999, s. 173) vede ke změnám v chování dítěte a k posilování žádoucích projevů. V každém případě dítě musí cítit náklonnost a lásku učitelky. Citlivý přístup dítě motivuje k lepším výkonům. Aby se mohlo lépe soustředit na svoji činnost a zaměřit svoji pozornost, je nutné nabízet dostatek pohybové aktivity či relaxačního cvičení. Nezbytná je spolupráce a komunikace s rodinou a sjednocení přiměřených požadavků a výchovných postupů. Jedině tak, dle Jucovičové, Žáčkové (2010, s. 57), lze dosáhnout změn v chování dítěte.

Je třeba řídit se určitými pravidly, která pomohou v každodenním životě nejen učitelkám, ale především dětem.

Pedagogické zásady

1. Vytváření láskyplného a klidného prostředí ve třídě

Láska a klid jsou základem pro další výchovu dítěte. Učitel by měl být svým přístupem dítěti partnerem. Klidný a vyrovnaný přístup by měl být pro dítě příkladem, jak se ve vypjatých situacích chovat. Atmosféra ve třídě by měla dát dítěti možnost zažít pocit, že je přijímáno takové, jaké je. Respektování a výchova k sebeúctě by neměly v pedagogickém

působení chybět. Přístup učitele by měl být individuální a v každém ohledu citlivý. Sladění verbální a neverbální komunikace je důležité pro to, aby učitel byl pro dítě čitelný. Důležitá je výchova činy, ne slovy.

2. Jasně stanovení řádu, hranic a pravidel

Pravidla soužití ve třídě by měla být stanovena přesně, konkrétně a přiměřeně věku a chápání dítěte. Optimálním způsobem pro stanovení takového řádu je nastavení pravidel spolu s dítětem. Mohou být znázorněna např. formou obrázků, které jsou umístěny na viditelném místě. Dítě za jejich porušení netrestáme, ale neustále je připomínáme, opakujeme nebo obnovujeme a důsledně dbáme na jejich dodržování. Důležité je, aby se dítě s nimi ztotožnilo a přijalo za své.

3. Důslednost

Důsledná kontrola při dodržování určitých pravidel nejen v chování, ale i při činnosti by měla být pravidelná, častá a nenásilná. Učitel by měl dítěti vytvářet okamžitou zpětnou vazbu, která je velmi důležitá. Převažovat by měla pozitiva, protože dítě dále motivují a povzbuzují. Pravidelný režim a řád jsou pro dítě jistotou a oporou a usnadňují mu orientaci v průběhu dne.

4. Pracovní prostředí, pozitivní posilování

Důležitým krokem je zvolit vhodný nerušený a přehledný prostor tak, aby pozornost dítěte nebyla odpoutávána vedlejšími rušivými podněty. Zadáání úkolu by mělo být přiměřené věku a schopnostem. Učitel by si měl vždy ověřit, zda dítě pochopilo zadanou instrukci tím, že ji nechá dítě zopakovat. Je důležité činnost rozfázovat na jednotlivé kroky a dbát na jejich dokončení. Jednotlivé úkoly by měly být prokládány pohybovými a relaxačními aktivitami, platí zásada „krátce, ale častěji“. V průběhu práce by mělo dítě mít možnost změnit svoji polohu (vstát, projít se, vyřídít vzkaz atd.). Nezbytnou součástí je motivace, stimulace a povzbuzování dítěte. Bezprostředně po dokončení práce nesmí nikdy chybět odměna.

5. Sjednání výchovných přístupů

- Vzájemná spolupráce rodiny a školy a jednotné výchovné přístupy napomáhají velkou měrou k odbourávání negativních projevů v chování dítěte. V opačném případě může docházet k jejich prohlubování. Chválíme dítě i za malé pokroky a oceňujeme jeho sebemenší snahu. Negativní chování se snažíme ignorovat a pochválíme a oceníme ho za to, co udělalo správně. Nevhodné je používání příkazů, zákazů a trestů, protože by mohlo dojít ke snižování sebevědomí, pocitu méněcennosti a k zatvrzelosti dítěte. Vhodnějším řešením je nabízení konkrétní pomoci názorným příkladem. Důležité je nechat dítě vyniknout v činnostech, které

bez problémů zvládá a dát mu tak možnost zažít pocit úspěchu. Tím přispíváme k utváření a posilování žádaných způsobů chování (Zelinková, 2003, Riefová, 1999, Černá, 2002, Jucovičová, Žáčková, 2010).

Cílem každého učitele při výchově dítěte by mělo být nalezení způsobu přijatelného pro obě strany, jak si počínat v soužití s dítětem. „*Jsmo pro dítě svými postoji a svým jednáním šancí, dobrodiním, ale také ohrožením, či neštěstím*“ (Helus 2004, s. 219).

Praktická část

3 Cíl praktické části

Praktická část bakalářské práce konfrontuje vnímání a posuzování rodičů dítěte, jehož projevy chování mohou souviset s poruchou pozornosti, impulzivity či hyperaktivity, tzn. s možným předpokladem pro vznik syndromu ADHD a taktéž vnímání a posuzování těchto tří výše zmíněných oblastí učitelkami, které mají tyto děti ve své péči ve výchovně vzdělávacím procesu v mateřské škole.

Cílem bakalářské práce je analyzovat pohled rodičů a učitelek mateřských škol na symptomy související se syndromem pozornosti spojené s hyperaktivitou v předškolním období. Dále zjišťujeme, zda rodiče a učitelky jsou schopni vnímat, rozpoznat a popsat odlišné projevy v chování dětí a zda při posuzování jsou ve vzájemné shodě či nikoli.

Cílovou skupinou průzkumného šetření jsou děti předškolního věku ve věkovém rozmezí 4 – 7 let, které jsou pro své specifické projevy v chování vybrané učitelkami z běžných i speciálních tříd ze tří mateřských škol a doposud u nich nebyl syndrom ADHD diagnostikován.

3.1 Stanovení předpokladů

Při stanovení předpokladů vycházíme ze skupiny dětí, které byly orientačně odiagnotikovány rodiči i učiteli vzhledem k projevům syndromu ADHD. Tyto děti budeme v předpokladech označovat jako děti s rizikem ADHD, i když jsme si vědomi určité nepřesnosti v tom, že u dětí nebylo dosud provedeno odborné speciálně pedagogické a psychologické vyšetření, které by tuto poruchu jednoznačně potvrdilo.

Na základě získaných informací o dané problematice byly stanoveny tyto předpoklady:

P1: Lze předpokládat, že rodiče vnímají symptomy poruchy pozornosti u dětí s ADHD s menší intenzitou než učitelky mateřských škol.

P2: Lze předpokládat, že projevy hyperaktivity a impulzivity u dětí s ADHD učitelky mateřských škol vnímají výrazněji než rodiče dětí.

P3: Lze předpokládat, že rodiče dětí s ADHD hodnotí míru zasahování projevů poruchy do vztahů v rodině a s vrstevníky mírněji než učitelky mateřských škol.

4 Použité metody

Pro ověření předpokladu byla pro bakalářskou práci zvolena metoda kvantitativního šetření. Průzkumné šetření je realizováno technikou dotazování, kdy na základě sestaveného dotazníku dle odborné publikace autorů A. Mundena a J. Arceluse (2002) odpovídalo 15 respondentů z řad učitelek mateřských škol a 30 respondentů z řad rodičů dětí s rizikem ADHD. Dotazník obsahoval 20 položek (viz příloha A, B) sestavených podle specifických kritérií, týkajících se zmiňovaného syndromu, z toho položky č. 1 – 19 s možnou odpovědí *ano – ne*, položka č. 20 nabízela čtyři možnosti výběru odpovědí. Položky jsou formulované stručně a srozumitelně, přičemž položky č. 1 – 9 potvrzují poruchu pozornosti, položky č. 10 – 15 hyperaktivitu, položky č. 16 – 18 impulzivitu. Devatenáctá a dvacátá položka jsou položkami doplňujícími a vypovídajícími o tom, zda se projevy objevují v různých situacích doma a v mateřské škole, dále jakou měrou zasahují do rodinných vztahů a do vztahů s vrstevníky.

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do jednotlivých grafů a tabulek a následně slovně hodnoceny. V případě ověření předpokladů jsme z důvodu větší přehlednosti a názornosti použili i formu grafického znázornění.

Učitelky byly s dotazníky nejprve seznámeny a poté byly rozdány rodičům dětí vybraných učitelkami. Pokud rodiče nerozuměli položce, učitelka podala odpovídající vysvětlení. Rodiče byli seznámeni s tím, že dotazník je zcela anonymní, a jeho vyplnění není povinné a v žádném případě nedojde k zneužití vyplněných údajů. Dotazníky byly shodné jak pro učitelky, tak pro rodiče.

5 Popis zkoumaného vzorku

Průzkumné šetření probíhalo ve třech mateřských školách v městě Hostinné (MŠ Nad Parkem, MŠ Hasičská, MŠ Tyršovy sady). Zmíněné mateřské školy jsou od 1. 9. 2007 sloučeny v jeden právní subjekt s celkovým počtem 185 zapsaných dětí.

První skupinu respondentů tvoří 30 rodičů vybraných dětí, které nemají syndrom ADHD diagnostikován, ale jejich projevy chování dle hodnocení učitelky tomu nasvědčují. Druhou skupinu respondentů tvoří 15 učitelek mateřských škol a mohou tak z pohledu pedagoga a na základě získaných zkušeností a své odbornosti vytypovat vzorek dětí pro dané šetření.

Výzkumný soubor se skládá z 30 dětí předškolního věku ve věkovém pásmu 4 – 7 let. Vzorek je složen z 25 chlapců a 5 dívek, z toho 20 dětí navštěvuje běžnou třídu mateřské školy a 10 dětí navštěvuje dvě speciální třídy (z důvodu narušené komunikační schopnosti). Každá z uvedených mateřských škol se profiluje určitým způsobem a má svá specifika.

Mateřská škola Nad Parkem poskytuje všestrannou pedagogickou, sociální, poradenskou a logopedickou péči dětem s odloženou školní docházkou a narušenou komunikační schopností. Ve dvou heterogenních třídách je umístěno 56 dětí ve věkovém pásmu 3 – 7 let. Výchovně vzdělávací činnost vykonávají čtyři učitelky s pedagogickým vzděláním. Z této školy vyplnily dotazníky 4 rodiče a 4 učitelky, tzn. výzkumné šetření proběhlo u čtyř dětí ve věkovém pásmu 5 – 6 let (3 chlapci, 1 dívka).

Mateřská škola Hasičská prosazuje nový výchovný směr a uplatňuje principy pedagogiky M. Montessori, kde je umožněno dětem svobodně myslet, tvořit, komunikovat a rozhodovat se. Ve třech heterogenních třídách je zapsáno 73 dětí ve věkovém pásmu 3 – 7 let. Pedagogickou činnost zde vykonává pět učitelek, které absolvovaly diplomovaný kurz M. Montessori. Zajištěna je také logopedická péče.

Z této školy vyplnilo dotazník 12 rodičů a 5 učitelek, tzn. průzkumné šetření bylo provedeno u dvanácti dětí ve věkovém pásmu 4 – 6 let (8 chlapců, 4 dívky).

Mateřská škola Tyršovy sady je koncipována pro 56 dětí ve věkovém pásmu 3 – 7 let, které navštěvují tři heterogenní třídy, z toho dvě třídy jsou speciální. V těchto třídách jsou zařazeny děti s různými speciálními potřebami, s narušenou komunikační schopností, s odkladem školní docházky a s postižením, jež je kombinováno s jinými vadami (např. mentální retardace, tělesná postižení atd.). V celém edukačním procesu jsou aplikovány prvky integrace. Péči zajišťuje tým složený ze 2 pedagogů, 4 speciálních pedagogů, logopedické pracovnice a 2 asistentů pedagoga.

Zde vyplnilo dotazník 14 rodičů a 6 učitelek, tzn. výzkumné šetření bylo provedeno u čtrnácti dětí ve věkovém pásmu 5 – 7 let (14 chlapců, dívek 0).

Pro větší přehlednost je celkový počet dětí, jejich věk a pohlaví, zahrnutých do průzkumného šetření z jednotlivých mateřských škol, znázorněn v následující tabulce.

Tabulka č. 1 Popis průzkumného vzorku – žáci MŠ Nad Parkem, , Hasičská, Tyršovy sady

Věk	4		5		6		7		Celkem
Pohlaví	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	
MŠ Nad parkem	0	0	2	1	1	0	0	0	4
MŠ Hasičská	2	0	4	2	2	2	0	0	12
MŠ Tyršovy sady	0	0	5	0	6	0	3	0	14
Celkem	2	0	11	3	9	2	3	0	30

6 Průběh průzkumu

Jak již bylo výše zmíněno, dotazníkové šetření bylo provedeno ve třech mateřských školách v Hostinném, které jsou sloučené v jeden právní subjekt.

Doručeno bylo celkem 30 dotazníků rodičům s návratností 100 % a 15 učitelkám (1 dítě = 1 dotazník) taktéž se 100 % návratností, tzn., že výsledky šetření byly zpracovány z celkového počtu 60 dotazníků. Rodiče i učitelky byli vstřícní a ochotni spolupracovat a vyplnění dotazníků jim nečinilo větší problém.

Časový harmonogram průzkumu bakalářské práce:

- leden – červen 2011 shromažďování odborné literatury, výběr a oslovení rodičů zkoumaného vzorku dětí učitelkami MŠ, sestavení dotazníků
- červenec – září 2011 zpracování teoretické části
- září – prosinec 2011 dotazníkové šetření
- leden – duben 2012 zpracování praktické části a dokončení bakalářské práce

7 Výsledky a jejich interpretace

V této části bakalářské práce jsou shrnuty a interpretovány výsledky dotazníkového šetření. Po shromáždění všech 60 vyplněných dotazníků tzn. 30 dotazníků vyplněných rodiči vybraných dětí a 30 dotazníků vyplněných učitelkami, jsme provedli jejich zkompletování, zpracování a celkové vyhodnocení. Výsledky tohoto vyhodnocení jsou obsaženy v následující části.

7.1 Vyhodnocení položek dotazníku

Pro přehlednější vyhodnocení průzkumného šetření jsme výsledky zaznamenali do tabulek a grafů, které jsme následně slovně zhodnotili.

Plné vyhodnocení symptomů ADHD (poruchy pozornosti, hyperaktivity, impulzivity), tak jak je rodiče a učitelky zaznamenali v dotaznících, jsou obsahem přílohy E (zaznamenány v grafech č. 1 – 30). Slovně jsou zhodnoceny i položky č. 19, 20, které jsou rovněž součástí přílohy u jednotlivých grafů.

Jednotlivé výše zmíněné oblasti související se syndromem ADHD jsme hodnotili podle klasifikačního systému DSM – IV, který je součástí přílohy C.

Plné znění dotazníků je obsahem přílohy A, B, proto jednotlivé položky nebudou uvedeny v této části bakalářské práce.

V tabulce č. 2 (s. 49), která byla vytvořena na základě zpracovaných výsledků dotazníku (viz. příloha E, respondent č. 1 – 30), je zaznamenán počet kladných odpovědí rodičů a učitelek, kdy obě skupiny dotazovaných označily u položek č. 1 – 9 možnou přítomnost poruchy pozornosti.

Z celkového hodnocení je patrné, že rodiče z možných 270 kladných odpovědí (9 položek v dotazníku x 30 dětí), odpověděli 172 x kladně, což odpovídá 64 % (viz graf č. 1, kap. 7.2, s. 47) z celkového počtu šetřených dětí. Učitelky však projevy poruchy pozornosti označily 203 kladnými odpověďmi, tzn. v 75 %. V případě 19 dětí tedy tento fakt vnímaly intenzivněji než rodiče. V 7 případech naopak rodiče narušenou pozornost dětí vnímali a popsali vyšším počtem kladných odpovědí než učitelky. U 4 dětí jak rodiče, tak učitelky vnímali a následně hodnotili tento deficit shodným způsobem (viz graf č. 2, kap. 7.2, s. 57). Je tedy patrné, že učitelky mateřských škol vnímají přítomnost možné poruchy pozornosti o 11 % intenzivnější měrou, než je tomu v případě rodičů.

Tabulka č. 2 Vyhodnocení poruchy pozornosti z pohledu rodiče a učitelky

respondent č.	rodiče počet kladných odpovědí	učitelka počet kladných odpovědí	rozdíl kladných odpovědí učitelky a rodiče	
			vyjádření v absolutních počtech	vyjádření v procentech
1	5	9	+4	+44%
2	9	7	-2	-22%
3	7	5	-2	-22%
4	2	5	+3	+33%
5	7	7	0	0
6	8	4	-4	-44%
7	3	6	+3	+33%
8	3	7	+4	+44%
9	3	7	+4	+44%
10	5	7	+2	+22%
11	8	9	+1	+11%
12	8	9	+1	+11%
13	7	9	+2	+22%
14	4	7	+3	+33%
15	7	9	+2	+22%
16	2	8	+6	+67%
17	2	2	0	0
18	9	3	-6	-67%
19	7	9	+2	+22%
20	8	8	0	0
21	9	5	-4	-44%
22	2	2	0	0
23	7	8	+1	+11%
24	8	9	+1	+11%
25	9	5	-4	-44%
26	4	8	+4	+44%
27	5	8	+3	+33%
28	3	7	+4	+44%
29	8	6	-2	-22%
30	3	8	+5	+56%
Celkem	172	203	31	ø11%

Výsledky rozdílů v počtu kladných odpovědí zaznamenané rodiči a učitelkami, které jsme v tabulce vyjádřili v absolutních počtech, můžeme dále rozdělit výsledky na shodné, tzn. vyjádřeno v bodech 0 +/- 1 bod, kdy obě strany shodně vnímaly a hodnotily poruchu pozornosti u 8 dětí. Přibližně shodné vnímání tzn. rozdíl v +/- 2 až 3 body bylo zaznamenáno u 11 dětí. Rozdílně tzn. +/- 4 a více body popsali tuto poruchu rodiče i učitelky u 11 dětí.

Při hodnocení symptomů ADHD (hyperaktivity a impulzivity), které byly obsaženy v položkách č. 10 – 18, jsme kladné odpovědi a rozdíly v jejich počtu obou dotazovaných respondentů, zaznamenali do tabulky č. 3.

Tabulka č. 3 Vyhodnocení projevů hyperaktivity a impulzivity z pohledu rodiče a učitelky

respondent č.	rodiče počet kladných odpovědí	učitelka počet kladných odpovědí)	rozdíl kladných odpovědí učitelky a rodiče	
			vyjádření v absolutních počtech	vyjádření v procentech
1	6	9	+3	+33%
2	9	5	-4	-44%
3	9	8	-1	-11%
4	8	8	0	0
5	0	6	+6	+67%
6	9	9	0	0
7	7	8	+1	+11%
8	2	6	+4	+44%
9	3	6	+3	+33%
10	0	4	+4	+44%
11	7	9	+2	+22%
12	6	9	+3	+33%
13	7	9	+2	+22%
14	8	9	+1	+11%
15	7	9	+2	+22%
16	2	8	+6	+67%
17	1	6	+5	+56%
18	8	9	+1	+11%
19	7	8	+1	+11%
20	7	1	-6	-67%
21	8	9	+1	+11%
22	2	2	0	0
23	4	4	0	0
24	7	4	-3	-33%
25	8	9	+1	+11%
26	5	9	+4	+44%
27	6	9	+3	+33%
28	2	8	+6	+67%
29	6	9	+3	+33%
30	5	7	+2	+22%
Celkem	166	216	50	ø19%

Z celkového počtu 270 možných odpovědí (9 položek v dotazníku x 30 dětí) rodiče potvrdili celkem 166 kladnými odpověďmi, což odpovídá 61 %, přítomnost výše zmíněných symptomů.

Učitelky hyperaktivní a impulzivní projevy u 30 šetřených dětí vnímaly a hodnotily 216 kladnými odpověďmi, tzn. v 80 % (viz graf č. 3, kap. 7.2, s.58).

Z celkového hodnocení vyplývá, že u 4 dětí rodiče projevy hyperaktivity a impulzivity vnímali výrazněji než učitelky. Avšak z pohledu učitelky tyto symptomy byly zjevné a popsány u 22 dětí. Shodně, tzn. stejným počtem kladných odpovědí, obě dotazované strany označily 4 děti (viz graf č. 4, kap. 7.2, s. 59).

Je tedy patrné, že učitelky mateřských škol tyto projevy vnímaly o 19 % s větší intenzitou než tomu bylo v případě rodičů.

Cílem v průběhu šetření také bylo zjistit, jakou měrou zasahují projevy v chování šetřených dětí do rodinných a vrstevnických vztahů. Dotazníková položka č. 20 nabízela oběma respondentům možnost výběru čtyř odpovědí (viz příloha A, B).

K jednotlivým odpovědím jsme pro lepší přehlednost přiřadili bodové ohodnocení. Výsledky hodnocení jsou zaznamenány v tabulce č. 4., s. 56.

Položka dotazníku č. 20

Do jaké míry zasahují projevy chování dítěte do vztahů v rodině a do vztahů s vrstevníky?

- | | |
|---------------------|---------------|
| a) nezasahují vůbec | 0 bodů |
| b) zasahují mírně | 1 bod |
| c) zasahují středně | 2 body |
| d) zasahují výrazně | 3 body |

Tabulka č. 4 Bodové vyhodnocení míry zasahování projevů ADHD do vztahů v rodině a s vrstevníky z pohledu rodiče a učitelky

respondent č.	rodiče (počet bodů)	učitelka (počet bodů)	rozdíl v bodovém hodnocení učitelky a rodiče
1	1	2	+1
2	2	1	-1
3	2	1	-1
4	1	2	+1
5	1	2	+1
6	2	3	+1
7	2	3	+1
8	1	2	+1
9	1	2	+1
10	1	1	0
11	1	1	0
12	3	3	0
13	3	1	-2
14	3	3	0
15	3	3	0
16	0	2	+2
17	1	1	0
18	1	1	0
19	3	2	-1
20	2	2	0
21	1	1	0
22	1	1	0
23	1	2	+1
24	3	1	-2
25	2	2	0
26	0	1	+1
27	1	2	+1
28	1	2	+1
29	1	3	+2
30	1	3	+2
Celkem	46	56	17

Narušení sociálních vztahů v rodině, které pramení z odlišností v projevech chování šetřených dětí, rodiče z možných 120 bodů (4 odpovědi x 30 dětí) zaznamenali 46 bodů, což odpovídá 38 %. Učitelky reagovaly 56 body, tzn. 47 % (viz graf č. 5, kap. 7.2, s. 60).

Rodiče zaznamenali v případech 5 dětí výraznější míru zásahu do rodinných vztahů než učitelky do vztahů vrstevnických. Učitelky hodnotily tyto projevy intenzivnějším způsobem u 14 dětí.

Je však nutné posuzovat také děti, u kterých jak rodiče, tak učitelky narušení těchto vztahů vnímali a označili shodným hodnocením, tudíž nelze usuzovat na mírnější či výraznější způsob vnímání tohoto jevu. Shodné odpovědi byly oběma respondenty zaznamenány u 11 dětí (viz graf č. 6, kap. 7.2, s. 60).

Z celkového vyhodnocení tedy plyne, že v případě 16 dětí rodiče popsali míru zasahování do rodinných vztahů výraznějším či shodným způsobem jako učitelky.

Při hodnocení dotazníkového šetření podle diagnostických kritérií DSM-IV u jednotlivých respondentů (viz příloha E) tento zmíněný klasifikační systém podle podílu kladných odpovědí u jednotlivých šetřených oblastí dělí ADHD do tří subtypů. Jednotlivé typy ADHD, výsledky hodnocení rodičů a učitelů v procentuálním vyjádření jsme následně zaznamenali do tabulky č. 5.

Tabulka č. 5 Vyhodnocení typu ADHD dle rodičů a učitelů

typ ADHD	rodiče		učitelky	
	počet dětí	procentuální hodnota	počet dětí	procentuální hodnota
s poruchou pozornosti	2	7%	5	17%
hyperaktivně – impulzivní	5	17%	7	23%
kombinovaný	14	47%	17	57%
nepotvrzen	9	30%	1	3%

Syndrom ADHD s poruchou pozornosti potvrdili rodiče v 7 % (2 děti), učitelky výraznějším počtem, a to v 17 % (5 dětí). Hyperaktivní a impulzivní projevy rodiče potvrdili v 17 % (5 dětí), zatímco učitelky zaznamenaly 23 % (7 dětí), ADHD typ kombinovaný, tedy přítomnost poruchy ve všech šetřených oblastech rodiče hodnotili 47 % (14 dětí), avšak učitelky tyto odlišnosti vnímaly v 57 % (17 dětí). Děti, které se neprojevovaly ani poruchou pozornosti, ani hyperaktivně – impulzivními projevy doma či v mateřské škole a nebyl u nich potvrzen syndrom ADHD, byly rodiči uvedeny ve 30 % (9 dětí), oproti učitelce, která uvedla pouze 3 % (1 dítě).

V tabulce č. 6 je zaznamenáno celkové shrnutí a procentuální vyjádření pouze dvou šetřených oblastí (pozornosti, hyperaktivity a impulzivity), a to s ohledem na stanovené předpoklady P1, P2, kdy cílem bylo zjistit míru intenzity vnímání výše zmíněných oblastí, a to z pohledu rodičů i učitelek mateřských škol.

Je nutné zmínit, že ADHD typ kombinovaný, kdy pro jeho diagnostikování je nutná přítomnost všech uvedených symptomů, jsme zahrnuli jak do poruchy pozornosti, tak do hyperaktivních a impulzivních projevů šetřených dětí.

Tabulka č. 6 Celkové hodnocení symptomů ADHD dle rodičů a učitelek

symptomy ADHD	rodiče		učitelky	
	počet dětí	procentuální hodnota	počet dětí	procentuální hodnota
poruchou pozornosti	16	53%	22	73%
hyperaktivita, impulzivita	19	63%	24	80%
nepotvrzené	9	30%	1	3%

Rodiče vyhodnotili možnou přítomnost poruchy pozornosti, tzn. neschopnost dítěte soustředit se na podrobnosti při své práci, zorganizovat si své úkoly, nebo nechat k úkolům vyžadují jeho duševní úsilí a soustředění, u 53 % dětí. Učitelky tento deficit vnímaly u 73% dětí.

Hyperaktivní a impulzivní projevy týkající se např. bezdůvodných pohybů rukama či nohama, vstávání a opouštění svého místa, kdy je to nevhodné nebo vyhrknutí odpovědi dříve než je dopovězena otázka, rodiče vnímali a označili u 63 % dětí. Učitelky popsané odlišnosti v chování dětí při pobytu v mateřské škole zhodnotily 80 %.

Výše zmíněné projevy však rodiče vůbec nezaregistrovali u 30 % dětí, oproti učitelkám, které nepopsaly symptomy ADHD pouze u 3% dětí.

V následující tabulce č.7 jsou pro ucelenou představu a větší přehlednost zaznamenány výsledky dotazníkového šetření u jednotlivých dětí, které jsou označeny čísly 1 – 30 (viz příloha E).

Tabulka č. 7 Hodnocení shodného vnímání symptomů ADHD u 30-ti šetřených dětí podle vnímání rodičů a učitelk

Symptomy ADHD	porucha pozornosti	hyperaktivita, impulzivita	nepotvrzené
Učitelka	1,2,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,19, 20,23,24,26,27,28,29,30	1,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,1 8,19,21,25,26,27,28,29,30	22
Respondent č.			
Rodiče	2,3,5,6,11,12,13,15,18,19,20,21,23, 24,25,29	1,2,3,4,6,7,11,12,13,14,15,18,19,20,2 1,24,25,27,29	8,9,10,16,17, 22,26,28, 30
Respondent č.			

• **Shodné vnímání rodičů a učitelk**

Na faktu, kdy dítě nedokáže svoji pozornost koncentrovat, nedokončí zadaný úkol či započatou činnost, nebo jestli se nechá vyrušit jinými podněty, které nesouvisí s jeho činností, rodiče potvrdili u 16 dětí (1 dívka, 15 chlapců), oproti učitelkám, které uvedly 22 dětí (4 dívky, 18 chlapců). Shodné hodnocení poruchy pozornosti, rodiče i učitelky prokázaly u 11 dětí (1 dívka, 10 chlapců).

Skutečnost, že dítě často mívá potíže tiše si hrát, je v neustálém pohybu a jeho upovídanost je nepřiměřená, není schopné vydržet a čekat než na něho přijde řada nebo jiné děti svým chováním ruší ve hře, rodiče popsali u 19 dětí (3 dívky, 16 chlapců). Učitelky tyto projevy vnímaly u 24 dětí (4 dívky, 20 chlapců). Shodně obě dotazované skupiny hyperaktivní a impulzivní chování hodnotily v případě 16 dětí (3 dívky, 13 chlapců).

Orientační průzkumné šetření však přítomnost výše zmíněných symptomů nepotvrdilo u 9 dětí. Rodiče odlišné projevy chování nevnímali a tudíž nepotvrdili u 9 dětí (1 dívka, 8 chlapců), učitelky pouze u jednoho dítěte (1 chlapec).

Je tedy možné konstatovat, že narušená pozornost a hyperaktivita s impulzivitou jsou větší měrou vnímány učitelkami mateřských škol, kde v kolektivu většího počtu dětí odlišnosti v jejich chování jsou viditelnějšími artefakty.

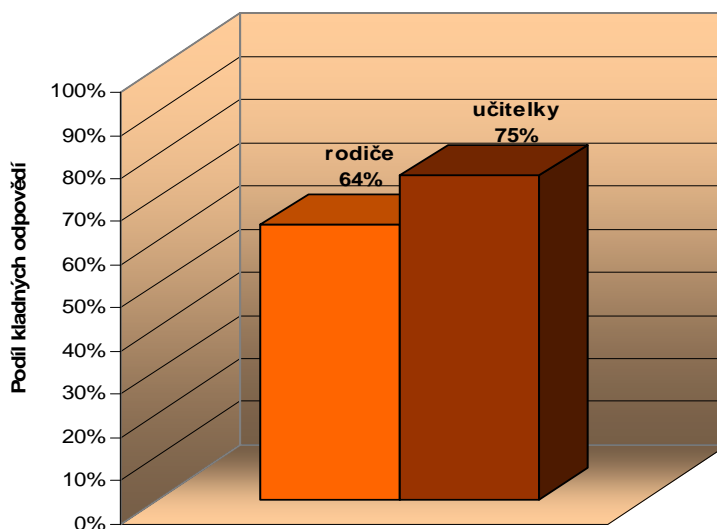
7.2 Ověření platnosti předpokladů

Cílem praktické části bakalářské práce bylo analyzovat, zda rodiče a učitelky mateřských škol u 30 vytypovaných předškoláků jsou schopni vnímat, rozpoznat a popsat odlišné projevy v chování dětí související se syndromem ADHD v oblasti pozornosti, hyperaktivity a impulzivity, a zda posuzování těchto symptomů je ve vzájemné shodě či nikoli. Pro ověření předpokladů byla zvolena metoda kvantitativního šetření. Orientační průzkumné šetření bylo realizováno technikou dotazování na základě předložených dotazníků rodičům a učitelkám mateřských škol.

Na základě získaných informací, které se syndromem ADHD souvisejí, byly stanoveny tyto předpoklady:

P1: Lze předpokládat, že rodiče vnímají symptomy poruchy pozornosti u dětí s ADHD s menší intenzitou, než učitelky mateřských škol.

Rodiče i učitelky mateřských škol hodnotili u položek č. 1 – 9 (viz příloha A, B) možnou přítomnost poruchy v oblasti pozornosti u šetřených dětí. Výsledky průzkumného šetření jsme zaznamenali do následujících grafů (graf č. 1, 2).



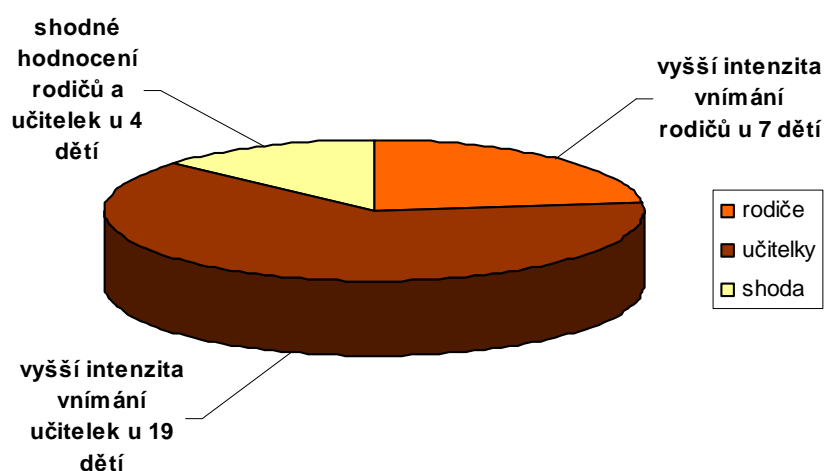
Graf č. 1 Podíl kladných odpovědí rodičů a učitelky při hodnocení poruchy pozornosti

Z celkového hodnocení dotazníkového šetření v oblasti pozornosti u jednotlivých dětí jsme dospěli k závěru, že rodiče v 64 %, tzn. 172 kladnými odpověďmi (viz tab. č. 2, s. 49) tuto poruchu vnímali a popsali u 16 dětí (viz tab. č. 6, s. 54).

Učitelky mateřských škol stejnou oblast hodnotily 75 %, tzn. počtem 203 kladných odpovědí (viz tab. č. 2, s. 49) celkem u 22 dětí (viz tab. č. 6, s. 54).

Je tedy možné konstatovat, že rodiče vnímají symptomy poruchy pozornosti u dětí s menší intenzitou o 11 %, než je tomu v případě učitelek mateřských škol.

Graf č. 2 znázorňuje počet dětí a míru intenzity vnímání a posuzování zmíněné poruchy rodiči a učitelkami.



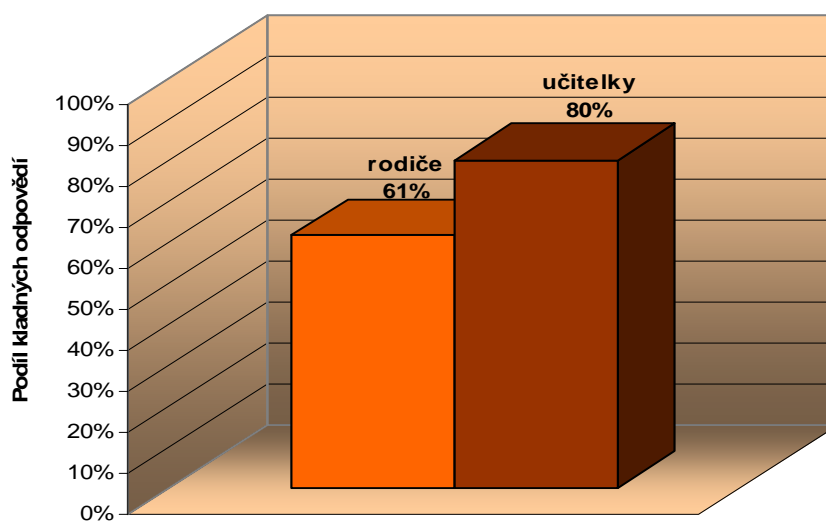
Graf č. 2 Intenzita vnímání poruchy pozornosti z pohledu rodičů a učitelky u 30 šetřených dětí

Z celkového počtu 30 vybraných dětí rodiče v případě 7 dětí poruchu pozornosti vnímali intenzivněji než učitelky. Učitelky však svým počtem kladných odpovědí v šetřené oblasti převyšovaly rodiče v případě 19 dětí. Shodným způsobem, tedy stejným počtem kladných odpovědí, obě dotazované skupiny označily 4 děti (viz tab. č. 2, s. 49).

Z orientačního průzkumného šetření je patrné, že rodiče vnímají symptomy poruchy pozornosti u dětí s ADHD s menší intenzitou než učitelky mateřských škol, a je tedy možné uvedený předpoklad P1 považovat za potvrzený.

P2: Lze předpokládat, že projevy hyperaktivity a impulzivity u dětí s ADHD učitelky mateřských škol vnímají výrazněji, než rodiče dětí.

Položkami v dotazníku č. 10 – 18, které zahrnují a v případě kladného zodpovězení oběma respondenty i potvrzují hyperaktivní a impulzivní projevy v chování u šetřených dětí, byla zjišťována přítomnost těchto odlišností ve zmíněné oblasti. Výsledky průzkumného šetření jsme zaznamenali do následujících grafů (graf č. 3, 4).



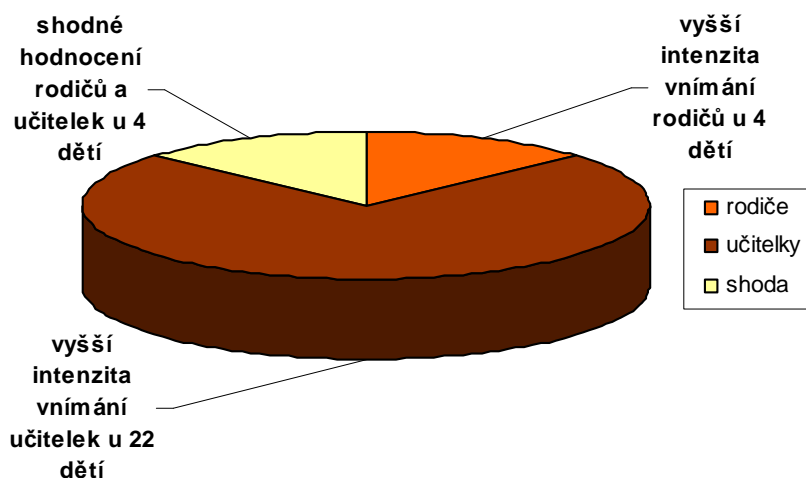
Graf č. 3 Podíl kladných odpovědí rodičů a učitelky při hodnocení hyperaktivity, impulzivity

Symptomy ADHD týkající se hyperaktivního a impulzivního chování u šetřených dětí byli rodiči zhodnoceny v 61 %, tzn. v případě 166 kladných odpovědí (viz tab. č. 3, s. 50) u 19 dětí (viz tab. č. 6, s. 54).

Učitelky tuto oblast vyhodnotily 80 %, což odpovídá počtu 216 kladných odpovědí, tedy u 24 šetřených dětí (viz tab. č. 3, s. 50).

Intenzita vnímání hyperaktivního a impulzivního chování z pohledu učitelek mateřských škol je v porovnání s vnímáním rodičů o 19 % vyšší.

V grafu č. 4 je vyhodnocena intenzita posuzování v oblasti hyperaktivity a impulzivity u jednotlivých dětí.



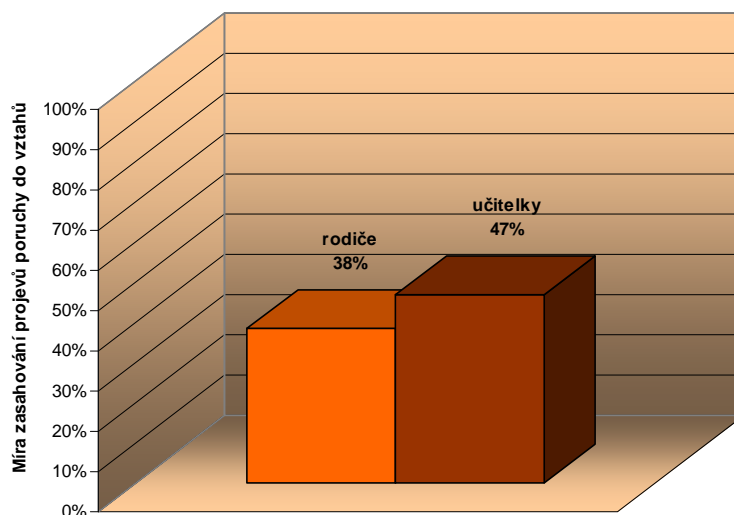
Graf č. 4 Intenzita vnímání hyperaktivity a impulzivity dle rodičů a učitelky u 30 šetřených dětí

Rodiče počtem kladných odpovědí u čtyř dětí z celkového počtu 30 převyšují hodnocení oproti učitelkám. V případě učitelky mateřských škol však míra intenzity jejich vnímání v těchto šetřených oblastech počtem kladných odpovědí převyšuje u 22 dětí. Shodným počtem kladných odpovědí oba respondenti posuzovali 4 děti.

V celkového orientačního šetření tedy vyplývá, že symptomy ADHD v oblastech hyperaktivity a impulzivity učitelky mateřských škol vnímají výrazněji, než je tomu v případě rodičů. Předpoklad P2 je tímto potvrzen.

P3: Lze předpokládat, že rodiče dětí s ADHD hodnotí míru zasahování projevů poruchy do vztahů v rodině a s vrstevníky mírněji, než učitelky mateřských škol.

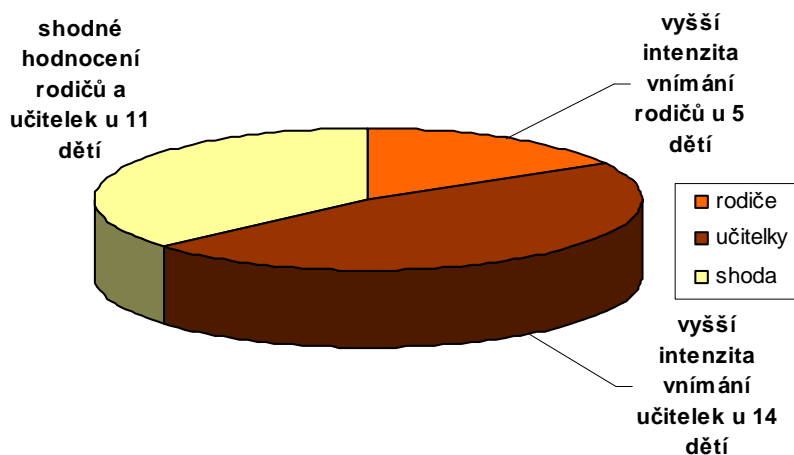
V položce č. 20 (viz příloha A, B) oba respondenti uváděli možnou míru intenzity, která zasahuje do sociálních vztahů, a to jak v rodině, tak i do vztahů vrstevnických. Oba respondenti měli možnost volit ze čtyř odpovědí, které jsme pro lepší přehlednost ohodnotili body (viz kap. 7.1, s. 51). Výsledky jsme zaznamenali do následujících grafů č. 5, 6.



Graf č. 5 Hodnocení míry zasahování projevů poruchy do vztahů v rodině a s vrstevníky

Graf č. 5 znázorňuje procentuální hodnoty, které jsme získali na základě výsledků bodového ohodnocení rodičů a učitelů u jednotlivých možných odpovědí. Z možných 120 bodů (4 možné odpovědi x 30 dětí) odpověděli rodiče 46 body (viz tab. č. 4, s. 52), což odpovídá 38 %. Učitelky reagovaly 56 body, toto činí 47 %. Je tedy patrné, že rodiče vnímali míru zasahování projevů dětí do rodinných vztahů mírnější intenzitou a je tedy možné předpoklad P3 potvrdit.

Do tohoto hodnocení však nebyly započítány děti, kdy míru zasahování rodiče i učitelky posuzovali shodným způsobem. Toto hodnocení je znázorněno a popsáno v následujícím grafu č. 6.



Graf č. 6 Intenzita míry zasahování projevů ADHD do vztahů v rodině a s vrstevníky podle vnímání rodičů a učitelky

Podle vyhodnocených odpovědí rodičů i učitelek dle výše zmíněného bodového ohodnocení (viz tab. č. 4, s. 52) je dále patrné, že rodiče shodně s učitelkami hodnotili intenzitu, tzn. mírně, středně, výrazně zasahující v případě 11 dětí, ale také projevy svého dítěte vnímali a zaznamenali výrazněji než učitelky, a to u 5 dětí. Učitelky mateřských škol vyšší mírou intenzity tento jev vnímaly u 14 dětí.

Na základě výše popsaného a vyhodnoceného orientačního průzkumného dotazníkového šetření lze tedy předpoklad P3 potvrdit.

8 Shrnutí výsledků praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce bylo konfrontovat vnímání a posuzování projevů syndromu ADHD u dětí s možným předpokladem jeho výskytu, a to z pohledu rodičů a učitelek mateřských škol. Pro získání potřebných údajů byla užita metoda kvantitativního průzkumného šetření a zvolena byla technika dotazování, kdy na základě dotazníku zodpovídalo dotazy 15 respondentů z řad učitelek vybraných tří mateřských škol a 30 respondentů z řad rodičů dětí s příznaky syndromu ADHD.

Průzkum byl realizován v běžných i speciálních třídách mateřských škol, kdy u vybraných dětí nebyl dosud diagnostikován syndrom ADHD, ale na základě jejich odlišností v projevech chování je možné tuto diagnózu předpokládat.

Rodiče i učitelky posuzovali u položek č. 1 – 18 oblast pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Položky č. 19 – 20 měly doplňující charakter, kdy byla hodnocena přítomnost zmíněných symptomů v domácím a školním prostředí, dále pak jejich míra intenzity, která zasahuje do sociálních vztahů v rodině a s vrstevníky.

Výsledným zhodnocením v oblasti pozornosti bylo zjištěno, že poruchu pozornosti vnímali a označili kladnými odpověďmi rodiče u 16 dětí (1 dívka, 15 chlapců) oproti učitelkám mateřských škol, které tento deficit hodnotily výrazněji, a to v případě 22 dětí (4 dívky, 18 chlapců). Roztěkanost, nesoustředěnost, kdy si nevydrží hrát s jednou hračkou a odbíhají od jedné činnosti ke druhé, můžeme pozorovat již u předškoláků. Někteří rodiče toto nevnímají a nepřikládají těmto jevům příliš velký důraz. Učitelka, která je každodenním pozorovatelem hry a činností dětí v kolektivu s větším počtem dětí, hodnotí tyto projevy odlišným způsobem. Skutečnost, kdy se dítě obtížně soustředí, odbíhá od započaté hry nebo úkolu, nebo je lehce vyruší sebemenší podnět v jeho okolí, rodiče vnímají až tehdy, požadují li po dítěti např. splnění úkolu či dokončení hry, u které se musí soustředit. Varovným signálem by pro rodiče mohla být také skutečnost, že např. při čtení pohádky nedokážou plně soustředit svoji pozornost a děj čteného jim tak uniká.

Doma se však děti zabaví činnostmi, která je pro ně poutavá, baví je a vydrží si hrát poměrně delší dobu. V mateřské škole jsou však předškoláci systematicky připravováni řízenou činností na vstup do školy a pracují individuálně i ve skupinkách. Učitelka tak má možnost zhodnotit, zda je dítě schopné pozornost zaměřit, koncentrovat ji dostatečně dlouhou dobu a dokončit tak daný úkol. Nepřehlédnutelná je i jeho rychlá unavitelnost, která je dána nedostatečnou zralostí CNS. Rodiče i učitelka velmi často uvedli, že mají pocit, že je dítě neposlušné, když na něho mluví a pokyny musí několikrát zopakovat. Je to způsobeno tím, že

je dítě zahlceno sluchovými podněty a po chvíli přestává vnímat co se mu říká, reaguje jen na část informace a pak zbytečně chybuje. Domníváme se, že učitelky mají mnohem více příležitostí a nabízených situací, které jim mohou napomoci deficit pozornosti rozpoznat, než je tomu v případě rodičů.

Hyperaktivní a impulzivní projevy u šetřených dětí byly zaznamenány rodiči u 19 dětí (3 dívky, 16 chlapců) oproti učitelkám mateřských škol, které tyto symptomy popsaly u 24 dětí (20 chlapců, 4 dívky). Je patrné, že u chlapců se objevily ve výraznějším měřítku než u dívek. Je zajímavé, že se rodiče i učitelky v poměrně velkém počtu 16 dětí (3 dívky, 13 chlapců) při hodnocení těchto projevů shodli. Výše zmíněné symptomy jsou nepřehlédnutelné a nápadnější v kolektivu většího počtu dětí. Častými kladně hodnocenými odpověďmi byly nadměrná neposednost, roztěkanost nebo nevyčerpatelná energie, kdy na své okolí tyto děti působí jakoby byly „poháněny motorem“. Ani jejich nadměrná upovídanost, kdy se snaží překotně vyjádřit své myšlenky, chrlí ze sebe slova až se zadýchávají a zajíkají, nebo jejich časté skákání do řeči, přerušování ostatních a odbíhání od tématu, nebyly rodiči ani učitelkami při dotazování opomenuty. Příčinou těchto impulzivních projevů jsou snížené volní ovládací schopnosti a snížené sebeovládání a sebekontrola. Jejich hlučnost a překřikování ostatních je nápadná již na první pohled a v kolektivu více dětí jsou pro učitelku dalším jevem, který tyto děti blíže specifikuje. Je to také jedna z příčin obtíží v komunikaci s ostatními.

Učitelky také častěji kladnými odpověďmi hodnotily netrpělivost a nedočkavost při čekání, než na ně přijde řada. Děti s výše popsanými symptomy všechno chtějí hned a obtížně snášejí okamžité nesplnění svého přání (např. hračku si vezmou násilím). I tento jev je projevem opožděného zrání CNS (stejně se chovají i věkově mladší děti). Impulzivita je také příčinou rychlého vyhrknutí odpovědi nebo konání než je vyřčena a dokončena instrukce a učitelky ji hodnotily vyšším počtem kladných odpovědí. V kolektivu s větším počtem dětí v mateřské škole tak učitelky hyperaktivní a impulzivní projevy vnímají výrazněji, a to i z toho důvodu, že prudké, intuitivní a zbrklé reakce těchto dětí tak vytvářejí nebezpečné situace pro sebe i své okolí a hrozí jim větší riziko úrazu.

Projevy související s ADHD v chování dětí dle dotazníkového šetření zasahují různou měrou intenzity do rodinných a vrstevnických vztahů. Rodiče u 2 dětí uvedli, že se projevy jejich chování nikterak do rodinných vztahů neodrazily. Učitelky však neoznačily ani jedno dítě, jehož problémy by se nezrcadlily do vztahů s vrstevníky, což znamená, že projevy dětí, tak jak je vnímá učitelka, se vždy nějakým způsobem do těchto vztahů promítaly. U 14 dětí učitelky vnímaly výraznější měrou a tedy vyšším bodovým ohodnocením zasahování jejich projevů do vztahů s ostatními dětmi, než rodiče. U 5 dětí naopak rodiče hodnotili větší míru intenzity než učitelky. V případě 11 dětí se obě dotazované skupiny svým názorem shodly na stejné míře, která zasahuje do vztahů jak v rodině, tak do vztahů s vrstevníky.

Nežádoucí chování dětí a jejich nepřizpůsobivost sociálním normám nezasahuje pouze nejbližší rodinu, ale i známé a přátele. Rodiče si možné problémy uvědomují ve chvíli, kdy jsou neustále kritizováni za „nevychovanost“ svého dítěte, a to ze strany nejbližších nebo z okruhu svých přátel a mají pocit, že se jich všichni straní a vylučují je ze své blízkosti. Neshody často panují i mezi partnery, kdy dochází k častým hádkám, obviňování a vzájemnému slovnímu napadání pro nezvládnutí výchovy. V některých případech toto napětí v rodině vede i k rozpadu manželství.

Děti s ADHD nejsou dostatečně vyzrálé na to, aby se vyrovnaly s řádem v mateřské škole. Poruchy pozornosti a impulzivita úzce souvisí s potížemi v jejich sociální adaptaci, proto jsou rušivým elementem v kolektivu ostatních dětí. Tím, že mají sníženou schopnost vyrovnat se např. s náhlými změnami či vlastními neúspěchy, vede k častým konfliktům s ostatními dětmi, rodiči a učitelkou. Situace, které jsou pro normální děti běžné, ony nejsou schopné zvládnout a řeší je po „svém“, což je pro okolí často nepřijatelné. Proto, aby na sebe upoutaly pozornost a získaly kamarády tak „šáskují“, vykřikují, vytahují se, ubližují ostatním, kdy následkem je pak vyčlenění z dětského kolektivu. Učitelky v mateřské škole se setkávají s těmito problémy v první linii a musí hledat způsob, jak vzniklé situace řešit.

Symptomy související se syndromem ADHD podle podílu kladných odpovědí nepotvrdili rodiče u 9 dětí oproti učitelkám, které neshledaly možnou přítomnost této poruchy pouze u 1 dítěte. Je možné hledat vysvětlení v tom, že učitelky mateřských škol svojí činností, zkušenostmi a odbornými znalostmi hodnotily děti ve všech oblastech jejich osobnosti a to z pohledu pedagoga. Rodiče projevy svého dítěte vnímají odlišným způsobem a mnohdy si neuvědomují, že ten či onen projev by mohl souviset s již zmíněnými deficity jeho osobnosti.

Závěr

Tématem bakalářské práce je syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou u předškoláků, v odborné literatuře také nazývaný ADHD. Toto téma bylo zvoleno s ohledem na to, že počet dětí, které jsou nápadné a nepřehlédnutelné svým neklidem, neposedností, netrpělivostí či neschopností soustředit se a jejich výkony neodpovídají jejich možnostem, v dnešní době stále přibývá. Pojem hyperaktivita se stala v poslední době nejužívanějším termínem pro poruchu dětského chování.

Cílem předložené bakalářské práce byla analýza vnímání a popsání odlišných projevů v chování dětí, které byly orientačně diagnostikovány rodiči i učitelkami mateřských škol, vzhledem k projevům syndromu ADHD v oblasti pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Dosud však nebylo provedeno odborné speciálně pedagogické a psychologické vyšetření, které by tuto poruchu jednoznačně potvrdilo.

Dílním cílem bylo posoudit, zda hodnocení obou respondentů doznalo vzájemné shody či nikoli. Pro ověření předpokladů byla zvolena metoda kvantitativního šetření, kdy orientační průzkumné šetření bylo realizováno technikou dotazování na základě předložených dotazníků rodičům 30 vybraných dětí a 15 učitelkám ze tří mateřských škol (5 běžných tříd a 2 třídy speciální), kde je zapsáno 185 předškoláků ve věkovém pásmu 4 – 7 let. Vyplněné a analyzované dotazníky byly zaznamenány do grafů a tabulek, které byly následně slovně vyhodnoceny.

Při předávání sestavených dotazníků učitelkám běžných tříd mateřských škol jsme se setkali s neznalostí této problematiky, a s odlišnostmi (hyperaktivitou a impulzivitou) v chování dětí musely být podrobně seznámeny. Naopak učitelky, které pracují ve třídách speciálních a mají děti s tímto syndromem ve své péči, přesně věděly, jak jednotlivé příznaky hodnotit. Je však na místě kladně hodnotit vzájemnou spolupráci učitelek a rodičů, a to z toho důvodu, že návratnost dotazníků byla 100 %. Nikdo z rodičů spolupráci neodmítl a jejich vstřícnost tak napomohla provést orientační průzkum týkající výskytu stále častěji se objevujících poruch chování, které lze diagnostikovat již v předškolním období.

Výsledky průzkumného orientačního šetření u 30 vybraných dětí prokázaly deficit v oblasti pozornosti, kdy se dítě nedokáže soustředit, udržet svoji pozornost po určitou dobu nebo neposlouchá během rozhovoru co se mu říká, rodiči u 53 % dětí, z pohledu učitelek u 73 % dětí. Hyperaktivní a impulzivní projevy, kdy dítě má velmi často problém v tichosti a klidu si hrát, je v neustálém pohybu, často své činnosti střídá nebo je nepřiměřeně upovídané

a ruší tak ostatní, rodiče vnímali u 63 % dětí oproti učitelkám, které tento jev hodnotily u 80 % dětí.

Symptomy se častěji objevují v chlapecké linii. Toto zjištění odpovídá faktu uváděnému v odborné literatuře Drtílkovou, Šerým et al (2007, s. 29), kdy uvádějí 3 – 9x častější výskyt u chlapců než u dívek, v poměru 10:1 do 2,5:1. Jak již bylo řečeno, projevy impulzivního chování, afektivita, agresivita či hlučnost, kdy těchto dětí „je všude plno“, je výraznější v kolektivu většího počtu dětí a v mateřské škole je nelze přehlédnout. Jejich reakce jsou odlišné od ostatních dětí, jejich aktivita a upovídanost nezná mezí, a u něčeho vydržet jim činí velký problém. Tyto projevy se odrážejí hlavně ve vrstevnických vztazích, kdy neustálé odmítání jim způsobuje pocit frustrace a snížené sebehodnocení.

Děti však nemají problémy jen v mateřské škole, ale také v rodině. Rodiče narušení sociálních vztahů v rodině vnímali intenzivněji než učitelky. Děti trpící touto poruchou představují pro rodiče i učitelky velmi náročnou zkoušku. Situace, ve kterých se denně ocitají, jsou pro ně mnohdy vyčerpávající a kladou si otázku, zda je to stav přechodný a jestli z toho děti „vyrostou“. Nároky na ně kladené doma, ve škole a v celé společnosti jsou příliš vysoké a pro svoji poruchu nejsou schopné je zvládnout, čelit jim a přizpůsobit se. Jsou okolím vnímány jako „nevychované“, „nepřizpůsobivé“ a jejich reakce jsou okolím nepochopené a odsuzované.

Smyslem a účelem především teoretické části bakalářské práce, je informovat rodiče i učitele v obecné šíři o problematice syndromu ADHD, o jeho příčinách, projevech, o systému péče a možnosti využití různých metod terapie či jiné pomoci a rady při stanovení diagnózy. Je určena jednak pedagogům, kteří přicházejí denně ve své praxi do kontaktu s dětmi a jsou schopni reflektovat odlišnosti v jejich chování, řeší situace, které vyplývají z tohoto onemocnění, ale také rodičům, kteří mají podezření, že s jejich dítětem není něco v pořádku. Teoretická část by měla být pro obě strany vodítkem k tomu, aby na základě předložených informací o syndromu ADHD mohlo dojít k časné diagnostice, aby se předcházelo nevhodnému chování k těmto dětem, aby byly voleny vhodné a odpovídající výchovné metody a přístupy. V neposlední řadě aby tyto děti byly vnímány bez jakýchkoli předsudků a měly možnost být rovnocennými partnery svých vrstevníků.

Bakalářská práce je pro autorku přínosem nejen proto, že získala, potvrdila si a ověřila mnoho získaných cenných odborných informací ve své praxi, ale i proto, že orientačním šetřením bylo potvrzeno, že „zlobení“ či „nevychovanost“ nemusí mít původ jen v nesprávném výchovném vedení či temperamentu, ale že projevy některých dětí mohou mít i skryté příčiny, které dětem neumožňují své reakce ovládat a korigovat. Pedagogové by v zájmu dalšího optimálního vývoje dítěte měli pátrat po příčinách jeho odlišných projevů, a ne ho nepřiměřeně trestat. Takový přístup může mít v jejich životě dalekosáhlé důsledky.

Nabízí se otázka, zda v případě, kdy by byl opravdu na základě dalších následných vyšetření potvrzen syndrom ADHD ve stejném počtu jako byl orientačně diagnostikován na zmíněných mateřských školách, kam tyto děti zařadit? Ponechat v běžných třídách o vysokém počtu dětí? Zařadit do speciálních tříd? Integrovat tyto děti s asistentem pedagoga? Kterou z nabízených možností by preferovali rodiče? Položené otázky jsou hodny zamyšlení se nad touto problematikou a zřejmě nad skutečností, že zvyšující se tendence výskytu této poruchy není jen pouhou polemikou, ale současnou realitou.

Návrh opatření

Z uvedených zjištění, která se týkala deficitu v oblasti pozornosti spojené s hyperaktivitou a impulzivitou u 30 šetřených předškoláků ze tří mateřských škol, vyplynul poměrně vysoký počet dětí, u kterých rodiče i učitelky vyhodnotili zmíněné symptomy. Vzhledem ke skutečnosti, že tyto děti doposud nebyly diagnostikovány na žádném odborném pracovišti, můžeme na základě provedeného orientačního šetření syndrom ADHD pouze předpokládat.

Jak již bylo v předchozí kapitole řečeno, učitelky běžných tříd mateřských škol tuto poruchu neznaly a jejich neinformovanost v oblasti dané problematiky byla překvapivým zjištěním. Profesní a odborná vybavenost každé učitelky, a není podstatné zda je či není speciálním pedagogem, by měla být v její praxi určitým vodítkem k rozpoznání dané poruchy, protože včasná diagnostika napomáhá k zmírnění projevů a předchází tak vzniku specifických vývojových poruch učení (dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie, dyspraxie).

Učitelky budou seznámeny s výsledky šetření a po vzájemné konzultaci s ředitelkou mateřských škol by mělo dojít k zaměření na oblast, ve které je deficit u každého z dětí zjevný. Z tohoto důvodu dalším důležitým krokem z jejich strany by měl být zájem získat dostatečné množství informací z odborné literatury nebo internetu, které v budoucnu mohou ve své praxi pro rozpoznání uvedené poruchy využít. Doporučit můžeme literaturu, která byla pro tuto bakalářskou práci využita a je uvedena v Seznamu literatury a mnoho dalších publikací, které se touto problematikou zabývají. Využít mohou také nabízených seminářů pořádaných PPP, SPC či vzdělávacími centry, které seznamují s novými informacemi a poznatky u syndromu ADHD, a lze jich následně využít pro každodenní práci s těmito dětmi. Na základě nabytých informací se pedagog stává oporou a poradcem pro rodiče, kteří jsou často zoufalí a nevědí si rady. Samostudium, rozšiřování a prohlubování si znalostí by mělo být pro každého pedagoga samozřejmostí.

Pokud se zmíněné příznaky projevují u některých dětí déle než šest měsíců, a to v takové míře, která má za následek nepříznivost a neodpovídá jejich vývojovému stupni, je nezbytné taktním způsobem pohovořit s rodiči a nabídnout jim spolupráci, jednotný výchovný přístup, popřípadě doporučit poradenské zařízení, kde se dítěti i rodičům dostane komplexní odborné péče. Samozřejmostí by nadále měla být jejich vzájemná informovanost a spolupráce.

Hyperaktivita a impulzivita byly nejčastěji shodně uváděnými symptomy v dotazníkovém šetření. Proto nalézt způsob, jak si počínat v soužití s dítětem, který je přijatelný pro obě strany, by mělo být při výchově cílem každého učitele. Výchovné přístupy

jak pro pedagogy, tak pro rodiče jsou uvedeny v teoretické části práce v kapitole 2.3 a 2.4, a proto je nebudeme podrobně zmiňovat. Velmi pěkně jsou popisovány tyto přístupy v publikaci S. F. Riefové „*Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*“, M. Černé „*Lehká mozková dysfunkce*“ nebo D. Jucovičové a H. Žáčkové „*Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*“. Nutné je však uvést, že každé dítě je individualitou a tak k němu musíme přistupovat a zároveň volit odpovídající výchovné přístupy.

Uváděna byla u dětí v poměrně velkém počtu porucha pozornosti. Učitelky by se měly u těchto dětí zaměřit a sledovat koncentraci pozornosti a jejich vytrvalost jak při spontánní hře, tak při strukturované činnosti. U předškoláků s předpokladem ADHD záměrnou pozornost mohou trénovat při motorických a grafomotorických cvičeních, činnostech zaměřených na zrakové a sluchové vnímání, při procvičování paměti, myšlení a řeči, při nácviku orientace v prostoru či čase, při osvojování si základních matematických představ, sociálních dovednostech, sebeobslužných činnostech nebo hře. Nabízených publikací pro rozvoj těchto oblastí je mnoho, proto zmíníme jen některé související s deficitem spojenými s ADHD. Patří mezi ně např. „HYPO“ Z. Michalová (cílený speciálně pedagogicko-terapeutický program), který spočívá v individuální práci rodiče a dítěte, kdy společně plní dané úkoly zaměřené na rozvoj krátkodobé paměti, vizuomotorické koordinace a zrakového a sluchového vnímání. Stimulační program B. Sindelarové „*Předcházíme poruchám učení*“, zaměřený na rozvoj zrakového a sluchového vnímání, osvojení si principu posloupnosti, koordinace oko – ruka, na vnímání vlastního těla a prostoru. J. Bednářová, V. Šmardová nabízejí publikaci „*Diagnostika dítěte předškolního věku*“, kde je obsahem velká škála cvičení cílených na výše zmíněné oblasti atd.

I když nebylo předmětem šetření zjistit, zda děti s předpokladem ADHD mají narušenou komunikační schopnost či nikoli, dovolíme si vzhledem k tomu, že některé z nich logopedický nález mají (dyslalie, artikulační neobratnost, specifické asimilace, nesrozumitelnost, překotnost či hlasitost řeči) a je jim poskytována logopedická péče v rámci mateřské školy, navrhnout další možné opatření. Učitelky běžných tříd by měly s logopedem úzce spolupracovat, s dětmi procvičovat zadaná cvičení, a to buď individuálně nebo skupinově v každodenních aktivitách ve třídě, zavést sešity s úkoly (grafomotorická a logopedická cvičení), které si děti budou odnášet domů a do nápravy tak budou zapojeni i rodiče.

Vzájemná spolupráce rodičů a mateřské školy, jejichž poslání je nezaměnitelné, a to je výchova, by měla spočívat ve vytváření optimálních podmínek, které jsou důležité pro další rozvoj osobnosti dítěte. Společně by měli vystupovat jako rovnoprávní partneři, protože výsledky jejich působení se navzájem podmiňují a doplňují.

Seznam použitých zdrojů

BEDNÁŘOVÁ, J. ŠMARDOVÁ, V., 2006. *Rozvoj grafomotoriky*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0977-1.

ČERNÁ, M. a kol., 2002. *Lehké mozkové dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-7184-880-8.

DAVIDO, R., 2008. *Kresba jako nástroj poznávání dítěte*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-415-1.

DRTÍLKOVÁ, I., 2006. *Dítě s hyperkinetickou poruchou*. 1. vyd. Praha: Gasset. ISBN 80-903682-6-3.

DRTÍLKOVÁ, I., 2007. *Hyperaktivní dítě*. 2. vyd. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-447-8.

DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O., et al., 2007. *Hyperkinetická porucha/ADHD*. 1. vyd. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-419-5.

HADJMOUSOVÁ, Z., 2002. *Úvod do speciálního poradenství*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-659-8.

HELUS, Z., 2004. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-888-0.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2007. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě?* 2. vyd. Praha: D+H. ISBN 978-80-903-869-1-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

KUCHARSKÁ, A. ed., 1999. *Specifické poruchy učení a chování. Sborník 1999*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-294-7.

KUTÁLKOVÁ, D., 2002. *První třídou bez problémů*. 2. vyd. Praha: Galen. ISBN 80-7262-267-6.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

MATĚJČEK, Z., 2005. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0870-1.

MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. (eds.), 2003. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-799-X.

MUNDEN, A., ARCELUS, J., 2008. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-430-4.

OPRAVILOVÁ, E., 2002. *Předškolní pedagogika I*. 2. oprav.vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-786-1.

OPRAVILOVÁ, E., 2004. *Předškolní pedagogika II*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-659-3.

PACLT, I. a kol., 2007. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1426-4.

PREKOP, J., 2001. *Jak být dobrým rodičem*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-906-7.

PREKOPOVÁ, J., SWEIZEROVÁ, CH., 2008. *Neklidné dítě*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-351-2.

RIEFOVÁ, S., 1999. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-287-4.

ROGGE, J-U., 1996. *Děti potřebují hranice*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-088-X.

ŘÍČAN, P., 2006. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.

SERFONTEIN, G., 1999. *Potíže dětí s učením a chováním*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-315-3.

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠULOVÁ, L. Repetitorium vybraných poznatků vývojové psychologie. In MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. (eds), 2003. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 1. vyd Praha: Portál. ISBN 80-7178-799-X.

TRAIN, A., 1997. *Specifické poruchy chování a pozornosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-131-2.

TRAIN, A., 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0956-0.

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2005, částka 20, s. 490 – 502 [vid. 20.8.2011]. ISSN 1211 – 1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. 2005, částka 20, s. 503 – 508 [vid. 11.9.2011]. ISSN 1211 – 1244. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>.

Vyhláška č. 116/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 43, s. 1106 – 1108 [vid. 10.9.2011]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/16096>.

Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. 2011, částka 56, s. 1499 – 1501 [vid. 10.9.2011]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/16097>.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 190, s. 10262 – 10324 [vid. 20.8.2011]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů české republiky* [online]. 2004, částka 190, s. 10333 – 10348 [vid. 22.9.2011]. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>.

ZELINKOVÁ, O., 2003. *Poruchy chování*. 10. zcela přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-800-7.

Seznam příloh

Příloha A	Dotazník pro rodiče
Příloha B	Dotazník pro pedagogy
Příloha C	Kritéria pro ADHD podle DSM-IV
Příloha D	Kritéria hyperkinetické poruchy podle MKN-10
Příloha E	Graf č. 1 – 30 s procentuálním vyhodnocením odpovědí dotazníkového orientačního šetření u obou skupin respondentů + slovní hodnocení

Příloha A

Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče, prosím Vás o vyplnění níže uvedených položek. Jsem studentkou 3. ročníku Technické univerzity v Liberci - obor Speciální pedagogika. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pro zpracování bakalářské práce. Cílem práce je analyzovat chování dětí v předškolním období. Uvádějte prosím jen takové chování, které je dlouhodobějšího charakteru (tj. 6. měsíců a déle). Prosím věnujte pozornost přesnému vyplnění celého dotazníku. Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Jana Hančovská

Věk dítěte:

Pohlaví dítěte: chlapec – dívka

1. Často se dítěti nedaří soustředit se na podrobnosti při práci či jiných aktivitách. Dělá chyby z nepozornosti?

Ano
Ne

2. Často má potíže s udržením pozornosti při hře či plnění zadaného úkolu?

Ano
Ne

3. Často máte pocit, že neposlouchá, když na něho mluvíte?

Ano
Ne

4. Často není schopno dokončit svoji práci, úkol či hru (ne však proto, že by nepochopilo zadání nebo vzdorovalo) ?

Ano
Ne

5. Často není schopno si zorganizovat své úkoly a činnosti?

Ano
Ne

6. Často se vyhýbá či nemá rádo úkoly nebo práce, které vyžadují jeho soustředění a duševní úsilí (úkoly, některé hry...) ?

Ano
Ne

7. Často ztrácí své věci (hračky, knížky, pomůcky..) ?

Ano
Ne

8. Často se nechá vyrušit při své práci či hře jinými podněty, které s jeho činností nesouvisí?

Ano
Ne

9. Často je zapomnětlivý ve svých denních aktivitách?

Ano
Ne

10. Často bezdůvodně pohybuje rukama či nohama, vrtí se na židli?

Ano
Ne

11. Často vstává a opouští své místo v situacích, kdy by mělo sedět?

Ano
Ne

12. Často leze, pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné?

Ano
Ne

13. Často mívá potíže tiše si hrát nebo vykonávat jinou činnost v klidu?

Ano
Ne

14. Máte pocit, že je v neustálém pohybu, jako bylo „poháněno motorem“?

Ano
Ne

15. Často je jeho upovídanost nepřiměřená?

Ano
Ne

16. Často vyhrkne odpověď dřív než je dopovězena otázka?

Ano
Ne

17. Často nevydrží čekat až na něho přijde řada?

Ano
Ne

18. Často skáče ostatním do řeči, přerušuje jejich hovor nebo je ruší při hře?

Ano
Ne

19. Výše popsané chování dítěte se projevuje v různých situacích doma?

Ano
Ne

20. Do jaké míry zasahují projevy chování dítěte do vztahů v rodině a do vztahů s vrstevníky?

a) vůbec nezasahují b) zasahují mírně c) zasahují středně d) zasahují výrazně

Příloha B

Dotazník pro pedagogy

Vážené kolegyně, prosím Vás o vyplnění níže uvedených položek. Jsem studentkou 3. ročníku Technické univerzity v Liberci - obor Speciální pedagogika. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity pro zpracování bakalářské práce. Cílem práce je analyzovat chování dětí v předškolním období. Uvádějte prosím jen takové chování, které je dlouhodobějšího charakteru (tj. 6. měsíců a déle). Prosím věnujte pozornost přesnému vyplnění celého dotazníku. Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Jana Hančovská

Věk dítěte:

Pohlaví dítěte: chlapec – dívka

1. Často se dítěti nedaří soustředit se na podrobnosti při práci či jiných aktivitách. Dělá chyby z nepozornosti?

Ano
Ne

2. Často má potíže s udržením pozornosti při hře či plnění zadaného úkolu?

Ano
Ne

3. Často máte pocit, že neposlouchá, když na něho mluvíte?

Ano
Ne

4. Často není schopno dokončit svoji práci, úkol či hru (ne však proto, že by nepochopilo zadání nebo vzdorovalo) ?

Ano
Ne

5. Často není schopno si zorganizovat své úkoly a činnosti?

Ano
Ne

6. Často se vyhýbá či nemá rádo úkoly nebo práce, které vyžadují jeho soustředění a duševní úsilí (úkoly, některé hry...) ?

Ano
Ne

7. Často ztrácí své věci (hračky, knížky, pomůcky..) ?

Ano
Ne

8. Často se nechá vyrušit při své práci či hře jinými podněty, které s jeho činností nesouvisí?

Ano
Ne

9. Často je zapomnětlivý ve svých denních aktivitách?
Ano
Ne
10. Často bezdůvodně pohybuje rukama či nohama, vrtí se na židli?
Ano
Ne
11. Často vstává a opouští své místo v situacích, kdy by mělo sedět?
Ano
Ne
12. Často leze, pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné?
Ano
Ne
13. Často mívá potíže tiše si hrát nebo vykonávat jinou činnost v klidu?
Ano
Ne
14. Máte pocit, že je v neustálém pohybu, jako bylo „poháněno motorem“?
Ano
Ne
15. Často je jeho upovídanost nepřiměřená?
Ano
Ne
16. Často vyhrkne odpověď dřív než je dopovězena otázka?
Ano
Ne
17. Často nevydrží čekat až na něho přijde řada?
Ano
Ne
18. Často skáče ostatním do řeči, přerušuje jejich hovor nebo je ruší při hře?
Ano
Ne
19. Výše popsané chování dítěte se projevuje v různých situacích v mateřské škole?
Ano
Ne
20. Do jaké míry zasahují projevy chování dítěte do vztahů v MŠ a do vztahů s vrstevníky?

a) vůbec nezasahují b) zasahují mírně c) zasahují středně d) zasahují výrazně

Příloha C

Kritéria pro ADHD podle DSM-IV

Vznik před 7. rokem života dítěte, trvání symptomů po dobu nejméně 6 měsíců v takové míře, která má za následek nepříznivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stupni.

Kritéria A I. (6 nebo více příznaků, trvajících minimálně 6 měsíců)

Porucha pozornosti

- nepozornost, dělá chyby z nepozornosti,
- neudrží pozornost při hře či jiných aktivitách,
- zdá se, že neposlouchá během rozhovoru,
- neposlouchá instrukce a nedokončuje úkoly,
- má organizační problémy při úkolech a činnostech,
- nesnáší úkoly nebo činnosti vyžadující mentální úsilí a vyhýbá se jim,
- ztrácí věci (hračky, školní potřeby atd.),
- vnější stimuly přerušují jeho soustředění,
- zapomnětlivý v běžných denních činnostech.

Kritéria A II. (6 nebo více příznaků hyperaktivity, impulzivity, trvajících minimálně 6 měsíců)

Hyperaktivita

- často neúčelně pohybuje rukama či nohama, vrtí se na židli,
- často v situacích, kdy by mělo sedět, vstává ze židle,
- často pobíhá, popochází nebo přelézá v situacích, kdy je to nevhodné,
- obtížně zachovává klid a ticho při hrách,
- stále je v pohybu „jakoby mělo v sobě motor“,
- často bývá nepřiměřeně upovídané.

Impulzivita

- často vyhrkne odpověď před dokončením otázky,
- dělá mu obtíže vyčkat, až na něj přijde řada,
- často přerušuje ostatní (při hrách, skáče do hovoru).

Subtypy ADHD:

- **ADHD typ s převahou poruch pozornosti** – kritéria A I. (alespoň 6 měsíců);
- **ADHD typ hyperaktivně-impulzivní** – kritéria A II. (alespoň 6 měsíců);
- **ADHD typ kombinovaný** – kritéria A I. a A II. (alespoň 6 měsíců) (Munden, Arcelus 2008, s. 16-18).

Příloha D

Kritéria hyperkinetické poruchy podle MKN-10

Porucha vznikla před 7. rokem života, trvání symptomů nejméně 6 měsíců v takové míře, která má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojových stádiím.

Porucha pozornosti (přítomno 6 příznaků z 9)

- obtížně koncentruje pozornost, dělá chyby z nepozornosti,
- nedokáže udržet pozornost při plnění úkolů při hře,
- neposlouchá to co se mu říká,
- nedokončuje úkoly,
- vyhýbá se úkolů vyžadujícím mentální úsilí,
- nepořádný ve věcech či při organizaci činností,
- ztrácí věci (hračky, pomůcky, knížky),
- roztržitý a lehce vyrušitelnými vnějšími podněty,
- zapomnětlivý při běžných denních činnostech.

Hyperaktivita (přítomny 3 z 5 příznaků)

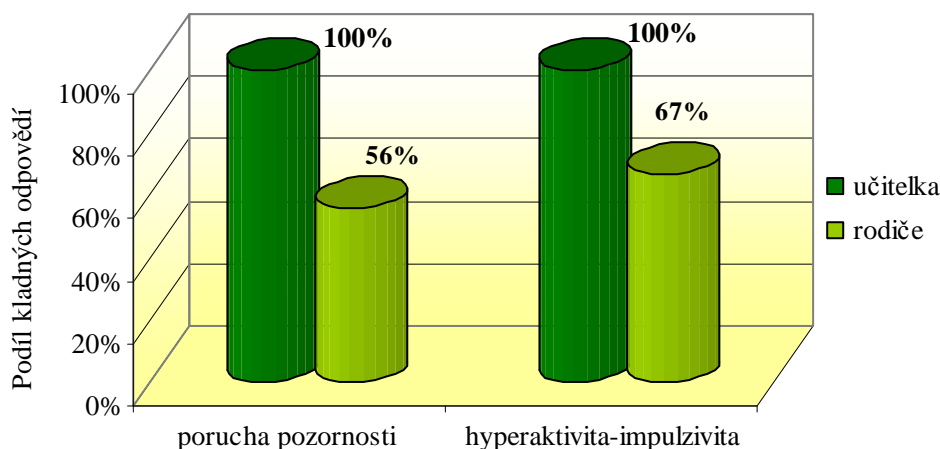
- neposedný, vrtí se, bezděčně pohybuje rukama či nohama,
- nevydrží sedět na místě, vstává z místa,
- pobíhá kolem, v situaci kdy to není vhodné,
- vyrušuje, je hlučný, obtížně zachová klid a ticho, mnohomluvný,
- je v neustálém pohybu.

Impulzivita (přítomen 1 ze 4 příznaků)

- nezdrženlivě mnohomluvný bez ohledu na společenské zvyklosti,
- vyhrkne odpověď bez přemýšlení, bez dokončení otázky,
- nedokáže čekat, až na něj přijde řada,
- přerušuje ostatní a skáče do hovoru (Drtílková, Šerý 2007, s. 24, 26).

Příloha E

Respondent č. 1 - chlapec 6 let, MŠ 1



Graf č. 1 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

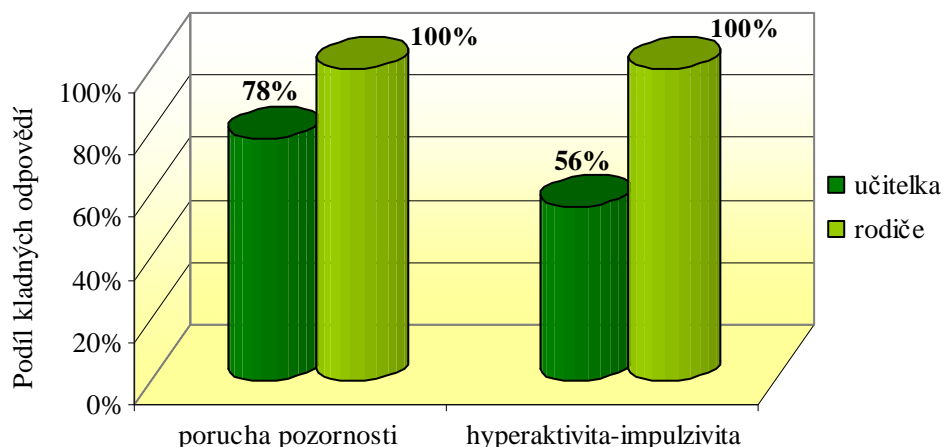
Z výsledků orientačního průzkumného dotazníkového šetření u chlapce a dle klasifikačního systému DSM-IV (viz příloha C) z pohledu rodičů a učitelky jsou patrné jisté odlišnosti. Možnou poruchu pozornosti, která je obsahem položek č. 1 – 9 hodnotí rodiče 5 kladnými odpověďmi, tj. 56 % a učitelka 9 kladnými odpověďmi, tj. 100 % (viz graf č. 1). Rodiče vnímají jisté odchylky v soustředění a koncentraci pozornosti při hře i při plnění zadaného úkolu u chlapce a uvádějí i fakt, že mají velmi často pocit, že je neposlušný, když na něho mluví. Učitelka však tuto možnou poruchu vnímá výrazněji, a proto je možné potvrdit daný předpoklad P1.

Položky č. 10 – 18 hodnotící hyperaktivní a impulzivní chování chlapce jsou v případě rodičů zaznamenány 6 kladnými odpověďmi, tj. 67 % a učitelkou 9 kladnými odpověďmi, tj. 100 % (viz graf č. 1) a je tedy možné předpokládat přítomnost těchto projevů. Shodné otázky rodiče kladně hodnotí v 67 % (6 kl. odpovědí), avšak učitelka ve 100 % (9 kl. odpovědí) a je tedy možné předpokládat přítomnost zmíněných projevů. Tuto skutečnost učitelka vnímá intenzivněji než rodiče a je možné potvrdit předpoklad P2.

Shodnou kladnou odpověď vnímají oba respondenti fakt, že zmíněné projevy se projevují v různých situacích doma i v MŠ, avšak jejich míru zasahující do rodinných vztahů rodiče popisují jako mírnou, oproti učitelce, která ji vnímá jako středně zasahující do vztahů s vrstevníky. I zde je patrná větší intenzita vnímání učitelkou a je tedy potvrzen předpoklad P3.

Dle celkového vyhodnocení výše zmíněných hodnotících kritérií lze předpokládat z pohledů rodičů možnou přítomnost ADHD typu hyperaktivně-impulzivního bez převahy poruch pozornosti, avšak z pohledu učitelky se jedná o ADHD typu kombinovaného, tzn. přítomnost všech symptomů šetřených oblastí.

Respondent č. 2 - chlapec 5 let, MŠ 1



Graf č. 2 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

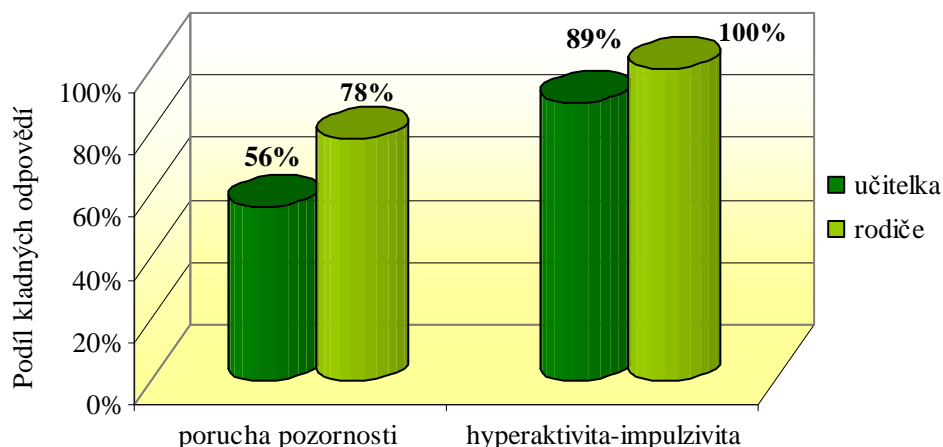
Z orientačního průzkumného šetření u chlapce a podle hodnotících kritérií DSM-IV (viz příloha C) je zaznamenána rozdílnost ve vnímání a posuzování jednotlivých šetřených oblastí obou respondentů. Položky č. 1 – 9 potvrzující možnou poruchu pozornosti jsou rodiči hodnoceny ve 100 % (9 kl. odpovědí), zatímco učitelka uvedla pouze 78 % (7 kl. odpovědí), což znamená, že rodiče vnímají u chlapce výrazněji jeho nesoustředění a neschopnost udržet pozornost či dokončit zadaný úkol, než učitelka. Nemůžeme tedy potvrdit daný předpoklad P1.

Hyperaktivní a impulzivní projevy v chování šetřeného chlapce u položek č. 10 – 18 jsou rodiči zaznamenány ve 100 % (9 kl. odpovědí), avšak učitelka uvedla pouze 56 % (5 kl. odpovědí, viz graf č. 2) a je tedy patrné, že zmíněné projevy spojené s hyperaktivitou a impulzivitou chlapce hodnotí mírněji než rodiče a počtem kladných odpovědí nepotvrdila přítomnost těchto symptomů. Nelze tedy potvrdit daný předpoklad P2.

Oba respondenti se kladnou odpovědí shodli na tom, že popsání odlišnosti v chování šetřeného chlapce se velmi často projevují v různých situacích v domácím i školním prostředí a podle rodičů zasahují středně intenzivně do vztahů v rodině. Do vztahů s vrstevníky podle učitelky zmíněné projevy chlapce zasahují mírným stupněm intenzity. Na základě tohoto tvrzení není možné potvrdit daný předpoklad P3.

Z celkového průzkumného šetření u chlapce a podle hodnotících kritérií DSM-IV je možné z pohledu rodičů předpokládat ADHD typ kombinovaný potvrzený ve 100% kl. odpovědí, oproti učitelce dle které lze předpokládat ADHD s možnou převahou poruchy pozornosti.

Respondent č. 3 - chlapec 5 let, MŠ 1



Graf č. 3 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

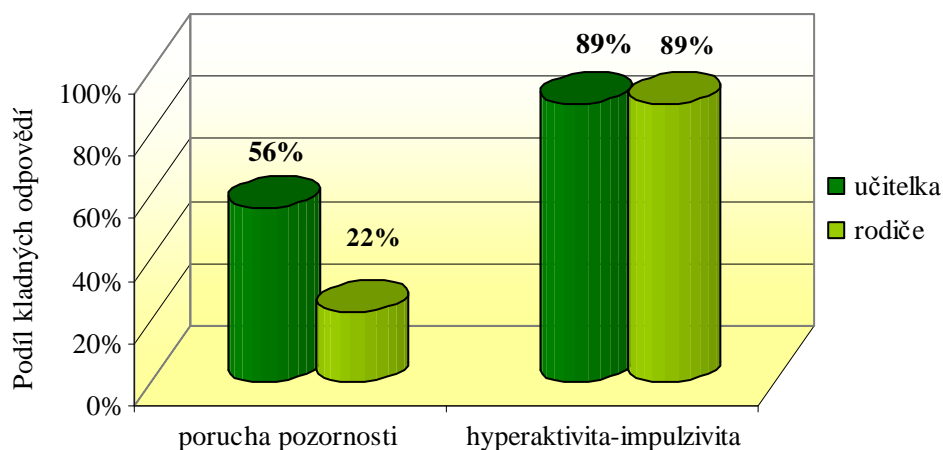
Z hodnocení orientačního šetření chlapce a klasifikačního systému DSM-IV (viz příloha C) můžeme zaznamenat určité rozdíly v hodnocení rodičů a učitelky. Neschopnost soustředit se, udržet pozornost či dokončit započatou hru nebo zadaný úkol nebo snadnou vyrušitelnost při práci jinými podněty, tak jak tuto oblast hodnotí položky č. 1 – 9, rodiče uvádějí v 78 % (7 kl. odpovědí), zatímco učitelka pouze 56 % (5 kl. odpovědí). Možnou poruchu pozornosti tedy rodiče vnímají výrazněji než učitelka a není možné potvrdit předpoklad P1.

Symptomy hyperaktivity a impulzivity, kdy chlapec bezdůvodně pohybuje rukama nebo nohama, je v neustálém pohybu, jeho upovídanost je vnímána jako nepřiměřená jeho neustálé nutkání skákat do řeči či rušit ostatním hru, je rodiči hodnocena 100 % (9 kl. odpovědí) a učitelkou 89 % (8 kl. odpovědí). Rodiče jsou si vědomi zmíněných projevů a vnímají je sice nepatrně, ale přesto větší měrou než učitelka. Nelze tedy možné potvrdit předpoklad P2.

Projevy, kterými chování chlapce hodnotí dle obou respondentů se projevují v situacích jak v domácím prostředí, tak i v MŠ a do vztahů v rodině zasahují střední mírou intenzity, zatímco učitelka uvádí pouze mírně zasahující do vztahů s vrstevníky. Nemůžeme tedy potvrdit předpoklad P3.

Z celkového hodnocení dotazníkového šetření u chlapce a podle hodnotících kritérií DSM-IV vyplývá, že z pohledu rodičů v počtu uvedených kladných odpovědí můžeme předpokládat přítomnost ADHD kombinovaného typu, oproti učitelce, která hodnotí chlapce jako ADHD typu hyperaktivně - impulzivního bez přítomnosti poruchy pozornosti.

Respondent č. 4 - dívka 5 let, MŠ 1



Graf č. 4 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u požek č. 1 – 18

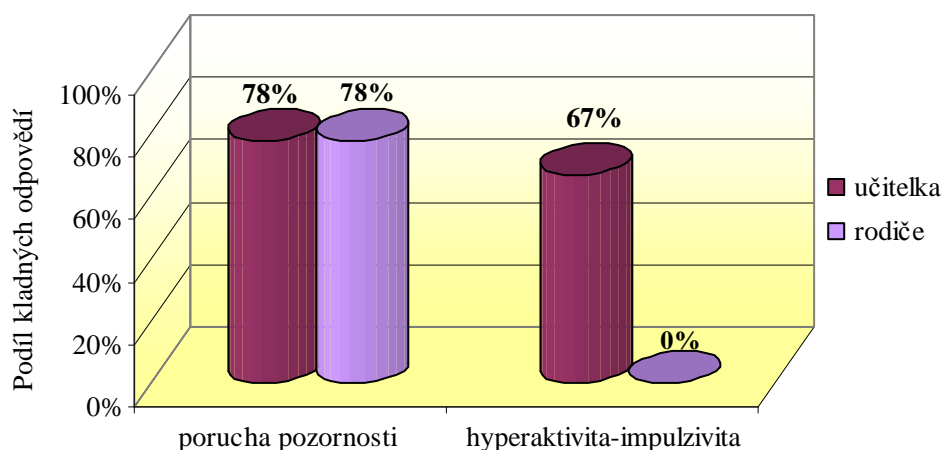
Výsledkem orientačního průzkumného šetření u dívky a dle DSM-IV (viz příloha C) je zjištěno, že podíly uvedených kladných odpovědí obou respondentů jsou částečně rozdílné. Symptomy potvrzující možnou poruchu pozornosti u položek č. 1 – 9 tak, jak jsou uvedeny rodiči ve 22 % (2 kl. odpovědi) a učitelkou v 56 % (5 kl. odpovědi) tuto poruchu nepotvrzují. Shodují se však v tvrzení, že pokud dívka sdělují nějakou informaci, často nabývají pocitu, že je duchem nepřítomna a neposlouchá. Další shodnou odpovědi potvrzují její snadnou vyrušitelnost při hře nebo práci podněty, které s její činností vůbec nesouvisí. Vzhledem k tomu, že nebyla potvrzena ze strany respondentů tato porucha, nelze potvrdit předpoklad P1.

Vnímání symptomů hyperaktivity a impulzivity u dívky, které jsou obsaženy v položce č. 10 – 18 se rodiče i učitelka v počtu kladných odpovědí, a to v 89 % (8 kl. odpovědi) shodují. Neposednost a neustálý pohyb, potíže tiše si hrát, nepřiměřená upovídanost, netrpělivost či přerušování hovoru nebo rušení ostatních dětí při hře je vnímáno oběma respondenty velmi intenzivně, avšak v poměru 8 kl. odpovědi shodně (viz graf č. 4), proto nelze potvrdit daný předpoklad P2.

Rodiče i učitelka také potvrzují, že výše popsané projevy dívky se promítají do vzniklých situací doma i v mateřské škole. Rodiče hodnotí tyto projevy jako mírně zasahující do rodinných vztahů, ale učitelka je vnímá větší měrou a hodnotí jako středně zasahující do vztahů s vrstevníky. Je tedy možné potvrdit předpoklad P3.

Po celkovém vyhodnocení orientačního šetření dívky podle DSM-IV z pohledu rodičů i učitelky je možné předpokládat ADHD hyperaktivně - impulzivního typu bez přítomnosti poruchy pozornosti.

Respondent č. 5 - chlapec 4 roky, MŠ 2



Graf č. 5 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

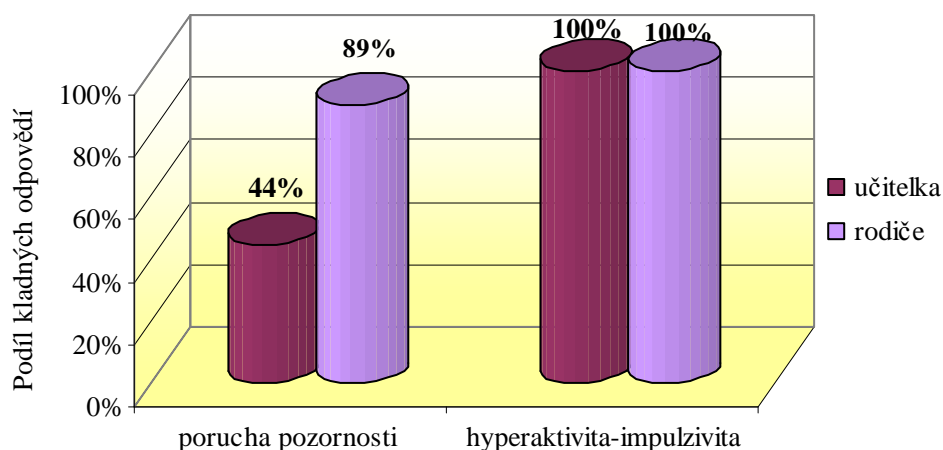
Orientační průzkumné šetření u chlapce a dle klasifikačního systému DSM-IV (viz příloha C) jsme zaznamenali odlišné vnímání rodičů a učitelky. Na položek č. 1 – 9 hodnotící možnou poruchu pozornosti rodiče i učitelka odpověděli kladně v 78 % (7 kl. odpovědí). Vnímají tedy stejnou měrou chlapcovu neschopnost soustředit se, udržet pozornost či nechuť dokončit započatou hru nebo úkol. Potvrdili také fakt, že nemá rád a vyhýbá se činností, které vyžadují jeho duševní úsilí a je velmi lehce vyrušitelný okolními podněty, nesouvisejícími s jeho činností. Vzhledem k tomu, že se oba respondenti shodují v hodnocení této oblasti, není možné potvrdit předpoklad P1.

Při hodnocení symptomů hyperaktivity a impulzivity rodiče možné projevy vůbec nevnímají a uvádějí 0 % kladných odpovědí, oproti učitelce, která zaznamenala 67 % (6 kl. odpovědí). Projevy chlapce jsou v tomto ohledu učitelkou vnímány výrazněji než rodiči a je tedy možné potvrdit daný předpoklad P2.

Zda se zmíněné odlišnosti v chlapcově chování projevují v různých situacích doma i v mateřské škole oba respondenti kladnou odpovědí potvrzují a jejich míra, zasahující do vztahů v rodině, je rodiči hodnocena mírným stupněm, kdežto učitelkou jako středně zasahující do vztahů s vrstevníky. Lze potvrdit předpoklad P3.

Z celkového hodnocení orientačního šetření dle diagnostických kritérií DSM-IV u chlapce dle rodičů je možné předpokládat ADHD typu s převahou pozornosti. Vzhledem ke skutečnosti, že nebyly potvrzeny rodiči žádné projevy hyperaktivity a impulzivity, je možné usuzovat na ADHD s převahou poruch pozornosti. Dle učitelky se jedná o ADHD kombinovaného typu.

Respondent č. 6 - chlapec 4 roky, MŠ 2



Graf č. 6 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

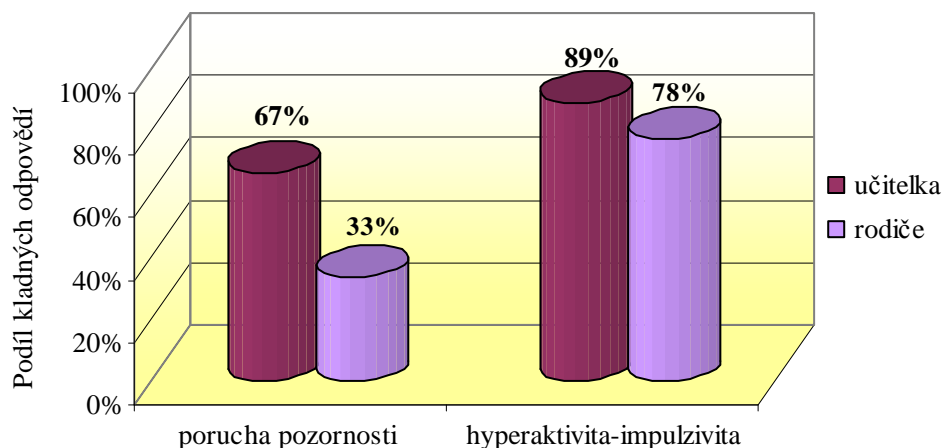
Z výsledků orientačního průzkumného šetření u chlapce podle uvedených odpovědí rodičů a učitelky jsou patrné určité odlišnosti. Rodiče vnímají neschopnost soustředit se na podrobnosti při práci a udržet pozornost, nevoli dokončit hru nebo úkol i snadnou vyrušitelnost při hře jinými podněty u chlapce výrazněji než učitelka. Projevy možné poruchy pozornosti, které jsou obsahem položek č. 1 – 9, hodnotili v 89 % (8 kl. odpovědí), na rozdíl od učitelky, která tyto symptomy hodnotila pouze 44 % (4 kl. odpovědi). Z tohoto důvodu není možné potvrdit předpoklad P1.

Hyperaktivitu a impulzivitu, tzn. neklid, neustálý pohyb, nepřiměřená upovídanost, bezdůvodné pohyby rukama nebo nohama nebo přerušování hovoru či hry u ostatních, oba respondenti v položkách č. 10 – 18 u chlapce shodně zaznamenali ve 100 % kladných odpovědí (9 kl. odpovědí). Symptomy hodnocené v této oblasti jsou tedy zjevné, avšak nemůžeme vzhledem k výsledkům potvrdit daný předpoklad P2.

Výše popsané projevy chování tak jak uvádí rodiče i učitelka se objevují v různých situacích jak doma, tak i v mateřské škole a středně intenzivně zasahují podle rodičů do vztahů v rodině a výraznou měrou podle učitelky do vztahů s vrstevníky. Proto lze potvrdit předpoklad P3.

Podle vyhodnocených odpovědí rodičů a dle klasifikačního systému DSM-IV lze předpokládat ADHD kombinovaného typu oproti učitelce, která nepotvrzuje možnou přítomnost poruchy pozornosti a je tedy možné z jejího pohledu předpokládat ADHD hyperaktivně-impulzivního typu.

Respondent č. 7 - dívka 5 let, MŠ 2



Graf č. 7 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

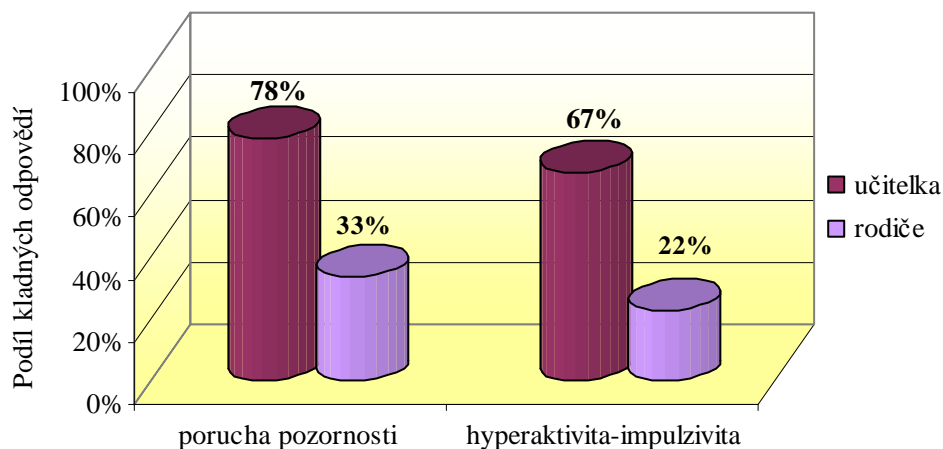
Na základě vyhodnocení dotazníkového orientačního šetření u dívky a hodnotících kritérií DSM-IV je možné zaznamenat určitou rozdílnost při vnímání symptomů ADHD u respondentů. Rodiče svými 33 % (3 kl. odpovědi) nepotvrzují možnou poruchu pozornosti, zatímco učitelka uvedla 67 % (6 kl. odpovědi). Shodují se v tvrzení, že dívka nerada plní úkoly vyžadující její plné soustředění a podněty, které nesouvisí s vykonávanou činností ji velmi snadno vyruší. Symptomy poruchy pozornosti učitelka vnímá intenzivněji než rodiče, proto můžeme potvrdit předpoklad P1.

Položkami č. 10 – 18, které zjišťují hyperaktivní a impulzivní chování, rodiče v 78 % kladných odpovědí tyto projevy potvrzují, učitelka tuto skutečnost hodnotí 89 %. Rodiče, ale oproti učitelce nevnímají to, že by dívka odpovídala na otázku dříve než je položena, nebo že ostatním skáče do řeči, přerušuje jejich hovor, nebo je ruší při hře. Učitelka naopak nepotvrzuje, že by dívka byla v neustálém pohybu, jakoby byla „poháněna motorem“. Zmíněné projevy učitelka vnímá výrazněji než rodiče, je tedy možné potvrdit předpoklad P2.

Rodiče i učitelka shodně potvrzují, že výše popsané odlišnosti se projevují v různých situacích v domácím prostředí i v mateřské škole a do rodinných vztahů podle rodičů zasahují středně intenzivně, z pohledu učitelky se jedná o projevy výrazně zasahující do vztahů s vrstevníky. Lze tedy potvrdit daný předpoklad P3.

Při celkovém hodnocení podle kritérií DSM-IV se dle odpovědí rodičů jedná o ADHD hyperaktivně - impulzivního typu bez poruchy pozornosti a dle odpovědí učitelky o ADHD typu kombinovaného.

Respondent č. 8 - chlapec 5 let, MŠ 2



Graf č. 8 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položekč. 1 – 18

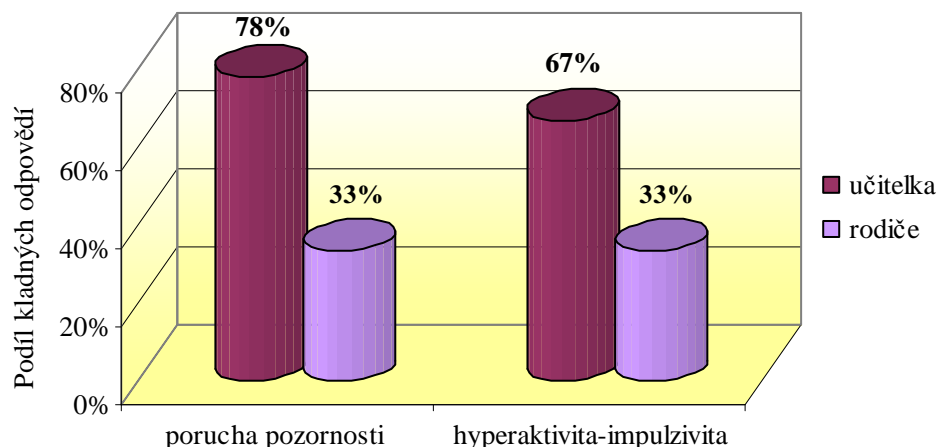
Z výsledků zaznamenaných v grafu č. 8 u šetřené dívky jsou zřejmé rozdíly v odpovědích obou respondentů. Možnou poruchu pozornosti dívky rodiče vnímají pouze ve 33 % (3 kl. odpovědi), zatímco učitelka toto vnímá intenzivněji, a to v 78 % (7 kl. odpovědi). Shodují se pouze v tvrzení, že je velmi často zapomnětlivá v denních činnostech a dá se lehce vyrušit vnějšími podněty. Lze tedy potvrdit předpoklad P1.

Podobně rozdílné výsledky jsou zaznamenány u hyperaktivity a impulzivity, kdy rodiče tyto projevy potvrzují pouze v 22 % (2 kl. odpovědi), oproti učitelce, která uvádí 67 % (6 kl. odpovědi). Rodiče potvrdili jen fakt, že často mají pocit dívčina neustálého pohybu a v situacích, kdy by měla sedět, vstává a svoje místo opouští. Toto chování je učitelkou vnímáno výrazněji, a proto můžeme potvrdit předpoklad P2.

Rodiče i učitelka potvrzují, že popsané chování zaznamenávají doma i v prostředí mateřské školy, ale neshodují se v míře zasahování projevů do vztahů v rodině a do vztahů s vrstevníky. Rodiče je vnímají jako mírně zasahující, učitelka jako středně zasahující. Tímto je potvrzen předpoklad P3.

Klasifikační systém DSM-IV a hodnocení rodičů nepotvrzuje syndrom ADHD. Z pohledu učitelky jsou projevy dívky vnímány vyšší měrou a hodnocení odpovídá ADHD kombinovaného typu.

Respondent č. 9 - chlapec 5 let, MŠ 2



Graf č. 9 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

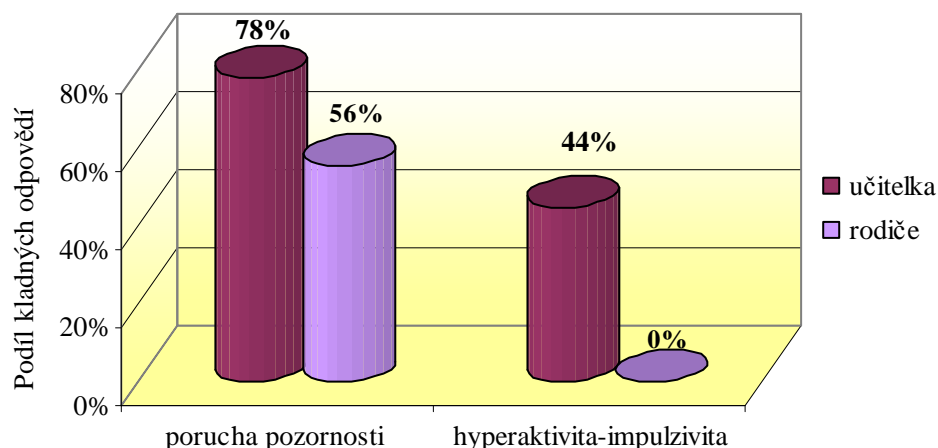
Výsledky vyplývající z vyhodnocení dotazníkového šetření u chlapce vykazují rozdílnost při vnímání symptomů ADHD rodiči a učitelkou. Obě strany se shodují jen ve třech odpovědích, a to, že chlapec se často vyhýbá a nedělá rád úkoly, které vyžadují soustředěné duševní úsilí, často ztrácí své hračky a okolní podněty jej snadno vyruší od hry či vykonávané práce. Graf č. 9 nepotvrzuje z pohledu rodičů v 33 % (3 kl. odpovědi) možnou poruchu pozornosti, zatímco učitelka 78 % (7 kl. odpovědí) chlapcovu nesoustředěnost, neschopnost dokončit úkol a další projevy poruchy pozornosti vnímá výrazněji. Předpoklad P1 je tímto hodnocením potvrzen.

Projevy vykazující hyperaktivní a impulzivní chování jsou rodiči hodnoceny kladně pouze v 33 % (3 kl. odpovědi), a proto nemohou být potvrzeny. Učitelka zmíněné projevy kladně hodnotí 67 % (6 kl. odpovědí) a potvrzuje přítomnost těchto symptomů, přičemž ke shodě v odpovědích došlo pouze v jednom případě, a to v chlapcově netrpělivosti čekat, až na něho přijde řada, např. při hře. I zde je předpoklad P2 potvrzen.

Zápornou odpovědí rodiče vyvracejí, že by se projevy jejich dítěte jakkoli odrážely v domácím prostředí, připouštějí však mírnou formu zásahu do rodinných vztahů. V mateřské škole jsou učitelkou naopak potvrzeny a do vrstevnických vztahů zasahují výraznou intenzitou. Potvrzen je tedy předpoklad P3.

Celkové hodnocení dotazníků z pohledu rodičů předpoklad ADHD nepotvrzuje, z pohledu učitele jsou přítomny symptomy ve všech hodnocených oblastech, tudíž lze předpokládat kombinovaný typ ADHD.

Respondent č. 10 - dívka 5 let, MŠ 2



Graf č. 10 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

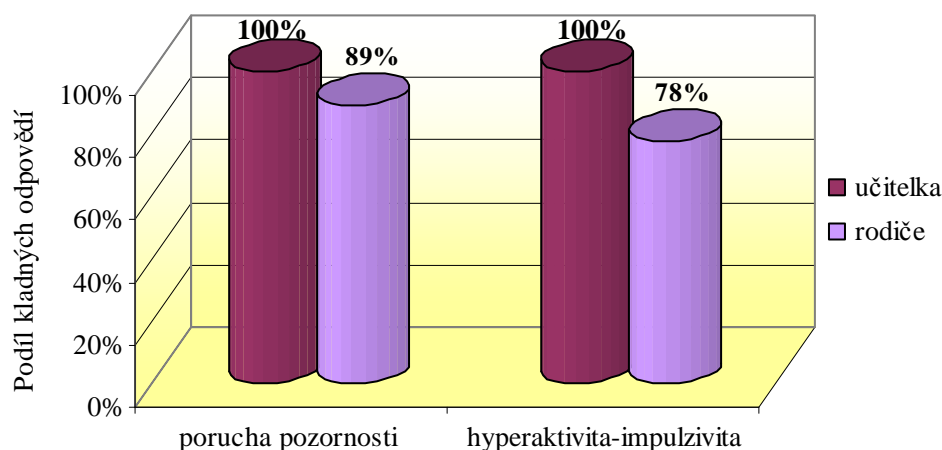
Z výsledků orientačního průzkumného šetření dívky podle uvedených odpovědí rodičů a učitelky a dle klasifikačního systému DSM-IV (viz příloha C) zaznamenáváme nepatrné rozdíly v posuzování poruchy pozornosti, kde shodně v pěti položkách kladně hodnotí tyto příznaky. Potvrzují, že dívka činí problém soustředit se a udržet pozornost, zorganizovat si svoji hru, plnit úkoly vyžadující duševní úsilí, odolávat vnějším podnětům. Graf č. 10 z pohledu rodičů v 56 % (5 kl. odpovědí) poruchu pozornosti nepotvrzuje, oproti tomu z pohledu učitelky v 78 % (7 kl. odpovědí) přítomnost poruchy potvrzuje. Předpoklad P1 můžeme potvrdit.

Symptomy hyperaktivního a impulzivního chování rodiče vůbec nevnímají (žádná kladná odpověď), učitelka tyto projevy hodnotí jen 44 % (4 kl. odpovědi) tudíž je nepotvrzuje. Na rozdíl od rodičů však kladně hodnotí dívčiny bezděčné pohyby rukama či nohama, nepřiměřenou upovídanost, skákání do řeči, neschopnost v klidu a tichosti si hrát. Je tedy možné potvrdit předpoklad P2.

Oba respondenti uvádějí přítomnost těchto projevů jak v domácím, tak i školním prostředí a shodují se také v tom, že mírně zasahují do rodinných i vrstevnických vztahů. Nelze tedy potvrdit předpoklad P3.

Dotazníkové šetření neprokázalo z pohledu rodičů přítomnost symptomů spojených se syndromem ADHD, názor učitelky však ADHD s převahou poruch pozornosti potvrzuje.

Respondent č. 11 - chlapec 5 let, MŠ 2



Graf č. 11 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

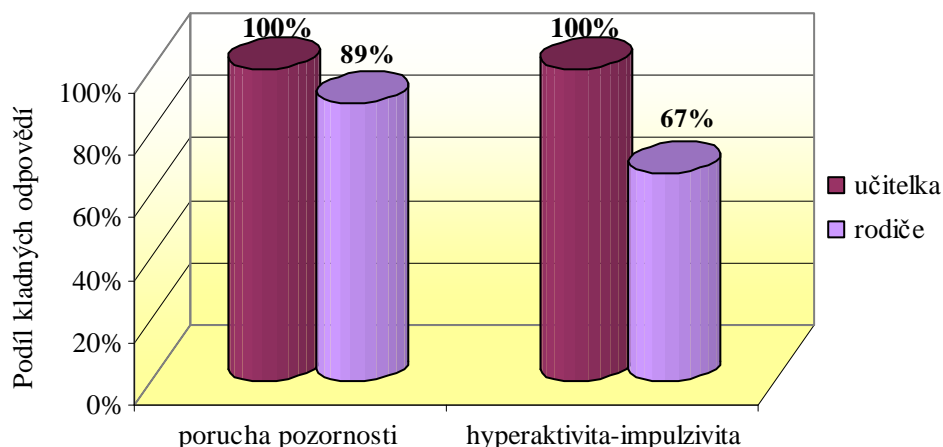
Z orientačního průzkumného šetření u chlapce a podle hodnotících kritérií DSM-IV (viz příloha C) jsou z grafu č. 11 patrné minimální rozdíly v odpovědích obou respondentů. Přítomnost poruchy pozornosti je rodiči vnímána v 89 % (8 kl. odpovědí), učitelkou v plných 100 % (9 kl. odpovědí). Rodiče nepotvrzují pouze fakt, že by se chlapec při hře či práci nechal vyrušit vnějšími podněty. Vysokým procentem kladných odpovědí učitelky je potvrzen předpoklad P1.

Rovněž symptomy hyperaktivního a impulzivního chování u položek č. 10 – 18 jsou rodiči vnímány v 78 % (7 kl. odpovědí), učitelkou 100 % (9 kl. odpovědí). Na rozdíl od učitelky si nejsou vědomi toho, že by chlapec lezl nebo pobíhal v situacích, kdy to není vhodné a vyhrkl odpověď dříve, než je otázka položena. Vzhledem ke 100 % kladných odpovědí učitelkou je též potvrzen předpoklad P2.

Výše popsané odlišnosti v chování chlapce jsou zjevné dle kladných odpovědí rodičů i učitelky jak doma, tak i v prostředí mateřské školy. Shodně hodnotí i míru intenzity, která zasahuje do vztahů v rodině a do vztahů s vrstevníky jako mírně zasahující. Nemůžeme tak potvrdit předpoklad P3.

Z celkového hodnocení chlapce z pohledu rodičů i učitelky je možné předpokládat ADHD kombinovaného typu.

Respondent č. 12 - chlapec 5 let, MŠ 2



Graf č. 12 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

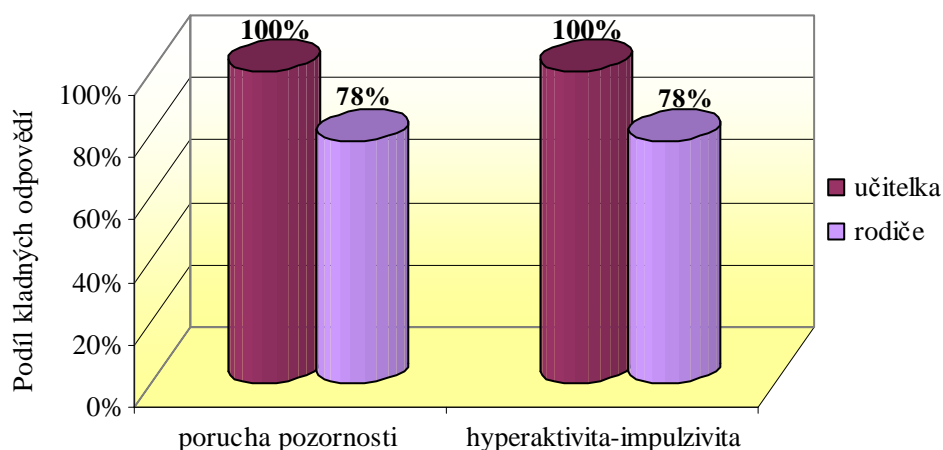
Z celkového hodnocení dotazníkového šetření u chlapce a dle grafu č. 12 se v počtu kladných odpovědí rodičů a učitelky příliš neliší. Projevy nepozornosti, nevole dokončit hru či započatou práci, neschopnost zorganizovat si své úkoly a činnosti nebo nelibost ve hrách vyžadujících soustředění chlapce a další symptomy pozornosti jsou rodiči hodnoceny v 89 % (8 kl. odpovědí). Učitelka zmíněné projevy hodnotí 100 % (9 kl. odpovědí). Přesto, že se obě strany neshodly jen v jedné odpovědi, je možné potvrdit předpoklad P1.

Rodiče u příznaků hyperaktivity a impulzivity popsanych v položkách č. 10 – 18 uvádějí 67 % (6 kl. odpovědí) jejich přítomnost. Na rozdíl od učitelky rodiče nepotvrdili nepřiměřenou upovídanost chlapce, zbrkllost u odpovědí, ani to, že by si nebyl schopen hrát v klidu a tichosti. Učitelka zmíněné projevy vnímá ve 100 % (9 kl. odpovědích), tudíž výrazněji. Můžeme proto potvrdit předpoklad P2.

Výše uvedené odlišnosti v chlapcově chování jsou oběma respondenty zaznamenány jako projevy objevující se ve školním i domácím prostředí. Taktéž se shodují a uvědomují si, že jeho projevy výrazně zasahují do všech sociálních vztahů. Předpoklad P3 pro shodu v odpovědích nelze potvrdit.

V souhrnu hodnocení dle diagnostických kritérií DSM-IV je z pohledu rodičů i učitelky možné předpokládat ADHD kombinovaného typu.

Respondent č. 13 - chlapec 6 let, MŠ 2



Graf č. 13 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

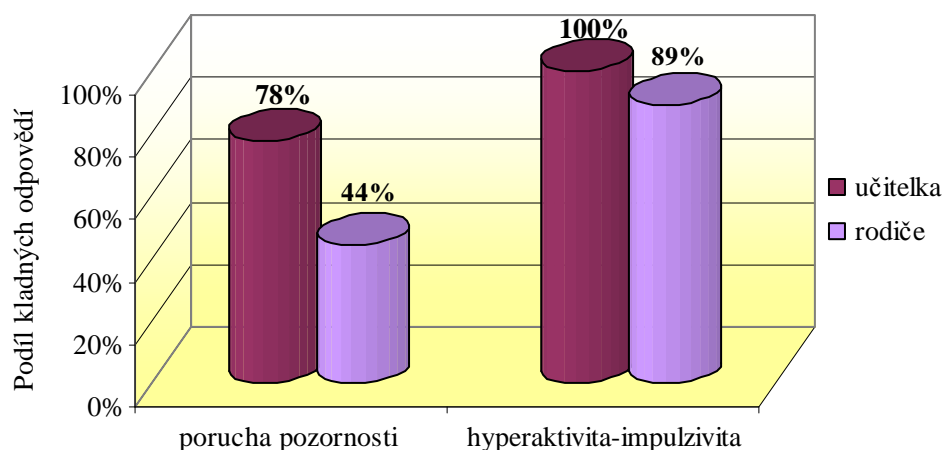
Orientační průzkumné šetření u vykazuje dle grafu č. 13 v odpovědích rodičů a učitelky jen nepatrnou schodu. Možnou přítomnost poruchy v oblasti pozornosti rodiče hodnotí 78 % (7 kl.odpovědí), učitelka ve 100 % (9 kl. odpovědích). Rozdílné odpovědi jsou pouze v případě, kdy rodiče nevnímají skutečnost, že by chlapec nebyl schopný zorganizovat si hru nebo práci a také v tom, že by ztrácel své věci. Vzhledem k tomu, že učitelka hodnotí tuto poruchu 100 % je tedy možné potvrdit daný předpoklad P1.

U položek č. 10 – 18 jejichž obsahem jsou symptomy hyperaktivity a impulzivity, rodiče projevy chlapce v této oblasti uvádějí ve 78 % (7 kl. odpovědí) a učitelka ve 100 % (9 kl. odpovědí). Chlapec, dle rodičů nemá výraznější problémy hrát si tiše a v klidu a nemají ani pocit, že by svojí impulzivitou přerušoval hovor nebo kazil ostatním dětem jejich hru. Z grafu č. 13 je zjevné, že vnímání těchto projevů je z pohledu učitelky posuzováno vyšší intenzitou a lze potvrdit předpoklad P2.

Výše popsané odlišnosti v chování chlapce se podle obou respondentů projevují jak v domácím prostředí, tak i v mateřské škole. Míra jejich zásahu do sociálních vztahů v rodině je vnímána rodiči jako velmi výrazná, oproti učitelce, která uvádí pouze mírnou intenzitu zasahující do vztahů s vrstevníky. Nemůžeme tedy potvrdit předpoklad P3.

Z celkového hodnocení dotazníků a dle klasifikačního systému DSM-IV (viz příloha C) lze z pohledu rodičů předpokládat možnou přítomnost ADHD kombinovaného typu, což svým hodnocením potvrdila i učitelka a odpovídá tak shodnému typu ADHD.

Respondent č. 14 - chlapec 6 let, MŠ 2



Graf č. 14 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

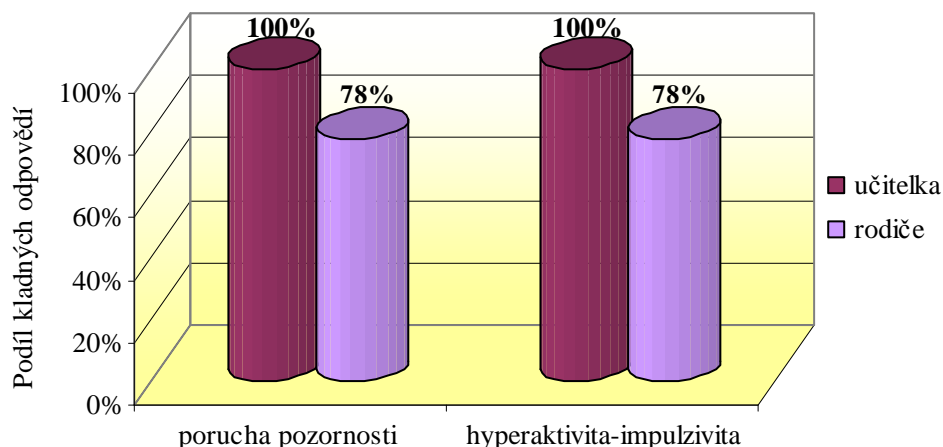
Podle hodnocení průzkumného dotazníkového šetření zaznamenaného v grafu č. 14 je viditelná rozdílnost ve vnímání projevů v chování u šetřeného chlapce rodiči a učitelkou. U položek č. 1 – 9 hodnotící oblast pozornosti rodiče zaznamenali pouhých 44 % (4 kl. odpovědi), oproti učitelce, která zaznamenala 78 % (7 kl. odpovědí). Rodiče na rozdíl od učitelky nepotvrdili, že by měl potíže s udržením pozornosti a nebyl schopen dokončit započatou hru nebo úkol. Vnímání výše zmíněných projevů je ze strany učitelky intenzivnější a můžeme potvrdit předpoklad P1.

Posuzováním hyperaktivních a impulzivních projevů chlapce dle grafu č. 14 jsou patrné jen velmi malé rozdíly v počtu kladných odpovědí obou respondentů. Rodiče zmíněné projevy označili v 89 % (8 kl. odpovědí) a učitelka plnými 100 % (9 kl. odpovědí). Odlišnosti se v této oblasti projevují u chlapce celkem intenzivně, i když rodiče nepotvrdili, že by si neuměl hrát v klidu a tiché. Přesto, že rozdíly v kladných odpovědích jsou nepatrné, je možné potvrdit předpoklad P2.

Odlišnosti v chování chlapce, tak jak uvádějí obě strany jsou přítomny v situacích doma i v MŠ a intenzita, kterou zasahují do rodinných i vrstevnických vztahů je vnímána rodiči i učitelkou jako velmi výrazná. Nelze tedy potvrdit předpoklad P3.

Pohle hodnotících kritérií DSM-IV z pohledu rodičů, kteří nevnímají možnou poruchu pozornosti tak výrazně, je možné předpokládat ADHD typu hyperaktivně impulzivního. Učitelka svým hodnocením potvrdila ADHD kombinovaný.

Respondent č. 15 - dívka 6 let, MŠ 2



Graf č. 15 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

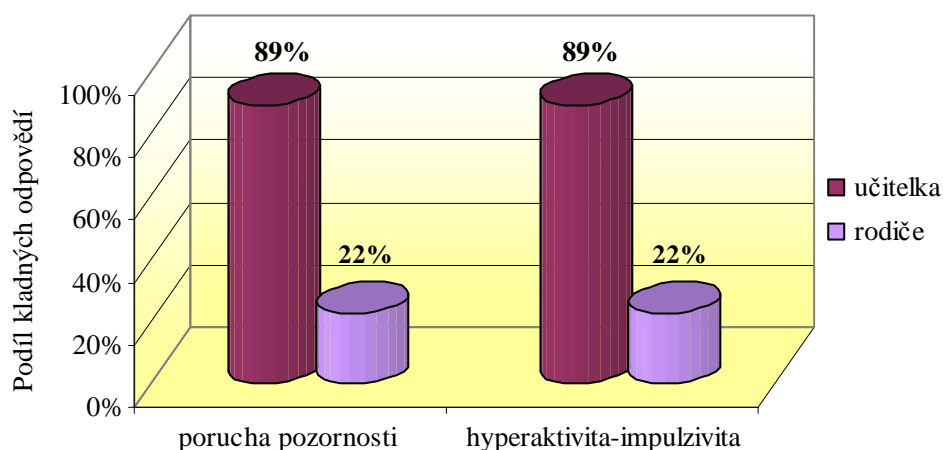
Průzkumné šetření u dívky vykazuje jen malé rozdíly v hodnocení šetřených oblastí možné přítomnosti ADHD z pohledu rodičů a učitelky. V 78 % (7 kl. odpovědí) rodiče uvádějí některé ze symptomů této poruchy, oproti učitelce, která ve 100 % (9 kl. odpovědí) potvrdila všechny příznaky. Rozdílné odpovědi jsou jen v případě, kdy rodiče nevnímají fakt, že by se dívka nebyla schopná soustředit na podrobnosti při plnění zadaného úkolu a ze své nepozornosti tak chybovala, a neuvádějí také, že by pozornost při hře nebo činnosti nedokázala udržet. Dle grafu č. 15 můžeme potvrdit předpoklad P1.

Symptomy hyperaktivity a impulzivity projevující se u dívky jsou rodiči vnímány v 78 % (7 kl. odpovědí), ale učitelka ve 100 % (9 kl. odpovědí). Skutečnost, že dívka pobíhá nebo leze v situacích, kdy to není vhodné a přerušuje hovor skákáním do řeči, rodiče nepotvrzují. Hodnocení učitelky je v této oblasti výraznější, proto můžeme potvrdit předpoklad P2.

Výše popsané projevy, které se dle výpovědí obou respondentů projevují doma i v MŠ, výraznou měrou zasahují do sociálních vztahů v rodině i do vztahů s vrstevníky. Není možné tedy potvrdit daný předpoklad P3.

Podle klasifikačního systému DSM-IV (viz příloha C) je možné předpokládat z pohledu rodičů i učitelky ADHD kombinovaného typu.

Respondent č. 16 - dívka 6 let, MŠ 2



Graf č. 16 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

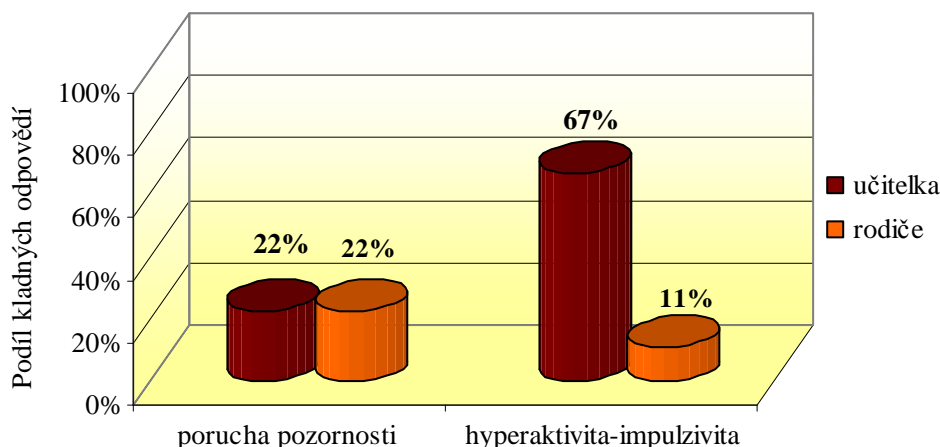
Výsledky orientačního šetření u dívky zaznamenané v grafu č. 16 prokazují značné rozdíly ve výpovědích rodičů a učitelky. Položky č. 1 – 9, které hodnotí možnou poruchu pozornosti z pohledu rodičů ve 22 % (2 kl. odpovědi) nepotvrzují tuto poruchu. Učitelka tyto položky však vnímá výrazněji, a to 89 % (8 kl. odpovědi). Shodují se pouze v nevoli dívky dokončit započatou hru nebo práci a zapomnětlivosti v jejích denních aktivitách. Dle procentuálního vyčíslení lze potvrdit předpoklad P1.

Rozdílné vnímání je i v oblasti symptomů hyperaktivního a impulzivního chování u položek č. 10 – 18, kdy ani zde rodiče svými 22 % (2 kl. odpovědi) neuvádějí přítomnost těchto projevů. Hyperaktivitu a impulzivitu dívky učitelka hodnotí opět vyšším procentem, a to 89 % (8 kl. odpovědi) a zmíněné projevy vnímá intenzivněji. Shodují se pouze v tom, že hra nebo jiná činnost u dívky neprobíhá v klidu a v tichosti a svou impulzivitou ostatní neustále přerušuje v jejích hovoru, nebo je ruší při hře. Příznaky tohoto chování učitelka vnímá výraznější měrou, je tedy možné potvrdit předpoklad P2.

Rodiče nepotvrdili ani to, že by se jimi uvedené chování dívky jakýmkoliv způsobem projevovalo doma, oproti učitelce, jež kladnou odpověď uvádí, že v mateřské škole se zmíněné projevy v různých situacích vyskytují. Své výpovědi rodiče potvrzují i tím, že do vztahů v rodině dívčiny projevy vůbec nezasahují. Do vztahů s vrstevníky však dle učitelky zasahují střední měrou. Je možné potvrdit předpoklad P3.

Z celkového hodnocení podle hodnotícího systému DSM-IV (viz příloha C) nelze z pohledu rodičů potvrdit možný syndrom ADHD. Učitelka svým počtem kladných odpovědí potvrzuje ADHD kombinovaného typu.

Respondent č. 17 - chlapec 5 let, MŠ 3



Graf č. 17 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

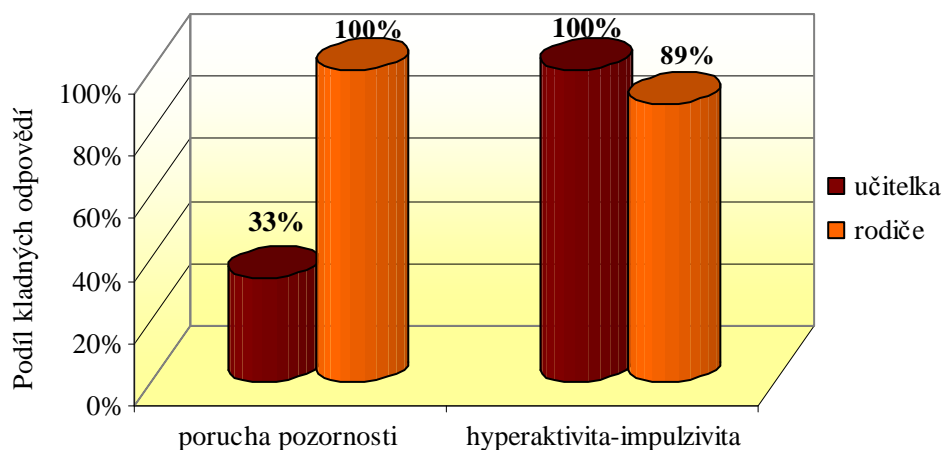
Orientační průzkumné šetření chlapce vykazuje velké odlišnosti ve vnímání rodičů a učitelky pouze při hodnocení v oblasti hyperaktivity a impulzivity. Oba respondenti u položek č. 1 – 9 hodnotících poruchu pozornosti ve 22 % (2 kl. odpovědi) přítomnost této poruchy nepotvrdili. Rodiče pouze uvedli, že mají často pocit, že pokud na chlapce mluví, neposlouchá je. Učitelka naopak kladně hodnotila lehkou vyrušitelnost při hře nebo jiné činnosti, podněty, které s ní nesouvisí. Nemůžeme proto potvrdit předpoklad P1.

V případě hodnocení příznaků hyperaktivity a impulzivity rodiče opět v 11 % (1 kl. odpověď) přítomnost těchto symptomů neuvádějí. Učitelka tuto skutečnost však vnímá výrazněji, a to 67 % (6 kl. odpovědi). Shodují se jen v netrpělivosti chlapce, kdy nevydrží čekat, než na něho přijde řada. Učitelka dále uvádí pocit jeho neustálého pohybu, nepřiměřené upovídanosti, neschopnosti hrát si tiše a v klidu. Také velmi často vyhrkne odpověď dříve než je otázka položena, přerušuje hovor nebo skáče do řeči ostatním. Příznaky v této oblasti učitelka vnímá intenzivněji a můžeme tedy potvrdit předpoklad P2.

Vzhledem k velmi nízkému počtu kladných odpovědí rodičů v šetřených oblastech není potvrzena ani skutečnost, že by se chlapcovo chování odráželo v domácím prostředí. Učitelka naopak výše popsané projevy chlapce při pobytu v mateřské škole vnímá a je ve shodě s rodiči, že mírně zasahují do rodinných vztahů i vztahů s vrstevníky. Nelze potvrdit předpoklad P3.

Z celkového hodnocení dotazníků a dle klasifikačního systému DSM-IV (viz příloha C) rodiči není potvrzen syndrom ADHD, zatímco učitelka potvrzuje ADHD typu hyperaktivně - impulzivního bez poruchy pozornosti.

Respondent č. 18 - chlapec 5 let, MŠ 3



Graf č. 18 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

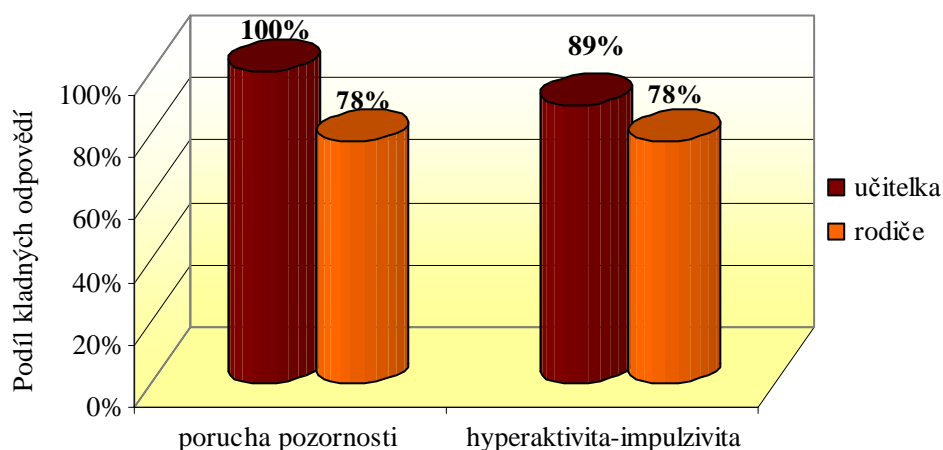
Z výsledků dotazníkového šetření u chlapce vyplývá nepoměr v kladných odpovědích rodičů a učitelky v oblasti poruchy pozornosti. Rodiče vidí problém poruchy pozornosti ve 100 % (9 kl. odpovědí), učitelka pouze v 33 % (3 kl. odpovědi). Na rozdíl od rodičů nemá pocit, že by chlapec měl potíže s udržení pozornosti, nebyl schopný dokončit úkol a zorganizovat si svoje činnosti. Neuvádí ani jeho vyhýbání se hře nebo práci vyžadující jeho soustředěné duševní úsilí. Rodiče vnímají příznaky této poruchy více než učitelka, a proto nemůže být potvrzen předpoklad P1.

Téměř ke shodnému hodnocení obou respondentů došlo v oblasti hyperaktivity a impulzivity, kdy rodiče hodnotí odlišnosti v chování chlapce 89 % (8 kl. odpovědí), učitelka ve 100 % (9 kl. odpovědí). Z grafu č. 18 je patrné, že chlapcovy projevy v této oblasti jsou zastoupeny ve velké míře. I když rodiče a učitelka se neztotožňují pouze v jedné odpovědi, a to v netrpělivosti chlapce než na něho přijde řada, je možné potvrdit předpoklad P2.

Výše hodnocené chlapcovo chování, projevující se dle obou respondentů doma i v mateřské škole, má mírně zasahující stupeň do sociálních vztahů. Nemůže být potvrzen předpoklad P3.

Podle diagnostických kritérií DSM-IV (viz příloha C) učitelka počtem kladných odpovědí nepotvrdila poruchu pozornosti, ale hyperaktivitu a impulzivitu ano. Z jejího pohledu lze předpokládat ADHD hyperaktivně - impulzivního typu. Rodiče vysokým počtem kladných odpovědí ve všech šetřených oblastech potvrzují ADHD typu kombinovaného.

Respondent č. 19 - chlapec 5 let, MŠ 3



Graf č. 19 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

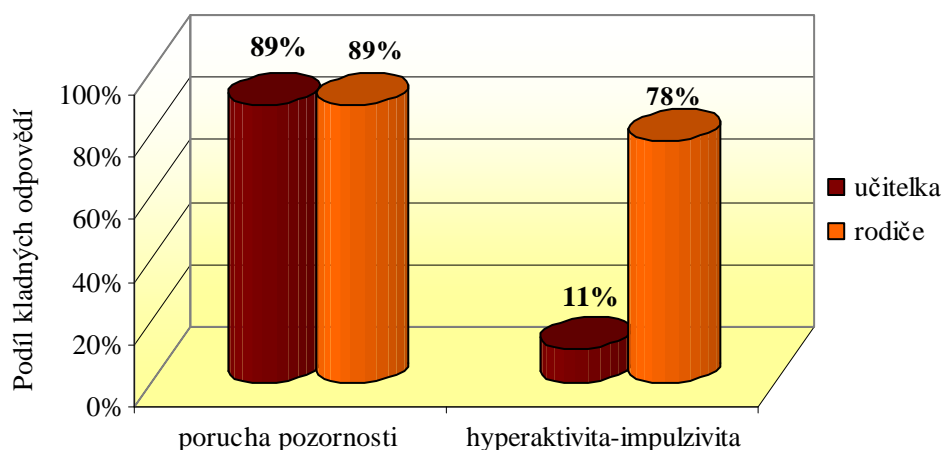
Orientační průzkumné šetření chlapce zaznamenává pouze malé rozdíly v kladných odpovědích obou respondentů v šetřených oblastech. Položky č. 1 – 9, jejichž obsahem je porucha pozornosti, jsou v grafu č. 19 rodiči hodnoceny 78 % (7 kl. odpovědí) a učitelkou 100 % (9 kl. odpovědí). Na rozdíl od učitelky rodiče nepřipouští chlapcovu nevoli vykonávat práci nebo úkoly, při kterých se musí více soustředit, a nepozorují, že by chlapec ztrácel věci. Počtem kladných odpovědí učitelka převyšuje rodiče, a proto je možné potvrdit předpoklad P1.

Hyperaktivita a impulzivita v chlapcově chování je oběma respondenty hodnocena vysokým procentem. Rodiče v položkách č. 10 – 18 odpovídají kladně v 78 % (7 kl. odpovědí), učitelka 89 % (8 kl. odpovědí). Rodiče si oproti učitelce neuvědomují, že by si chlapec nedokázal klidně a tiše hrát, ani to, že by impulzivně a zbrkle odpovídal na otázku, která nebyla ještě dopovězena. Učitelka zase nevidí problém v jeho čekání, až na něho přijde řada. I když rozdíl v procentuální vyčíslení kladných odpovědí je minimální, můžeme potvrdit předpoklad P2.

Vzhledem k vysoké intenzitě projevů ve všech oblastech shodně vnímají obě strany přítomnost projevů jak doma, tak i v prostředí mateřské školy. Výrazně zasahující míru intenzity ve vztazích v rodině uvádějí rodiče, střední míru intenzity zasahující do vrstevnických vztahů uvádí učitelka. Protože rodiče vnímají míry zasahující do sociálních vztahů intenzivněji, nemůžeme předpoklad P3 potvrdit.

Z celkového hodnocení chlapce a podle diagnostických kritérií DSM-IV (viz příloha C) z pohledu rodičů je možné předpokládat ADHD typu kombinovaného, rovněž tak i z pohledu učitelky.

Respondent č. 20 - chlapec 5 let, MŠ 3



Graf č. 20 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

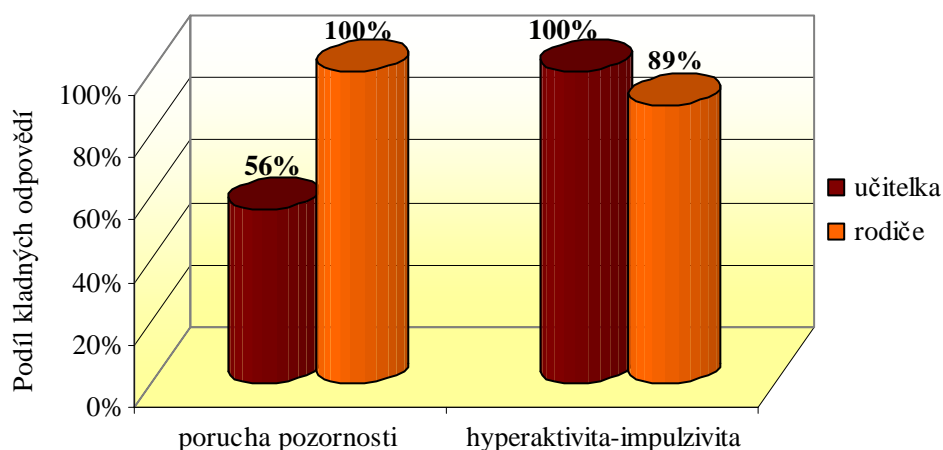
Z vyhodnocení orientačního dotazníkového šetření u chlapce jsou v oblasti hyperaktivity a impulzivity patrné významné rozdíly v počtu kladných odpovědí rodičů a učitelky. Porucha pozornosti hodnocená položkami č. 1 – 9 je shodně v 89 % (8 kl. odpovědí) potvrzena oběma stranami (viz graf č. 20). Nemůžeme předpoklad P1 tedy potvrdit.

Projevy hyperaktivního a impulzivního chování chlapce u položek č. 10 – 18 jsou rodiči zaznamenány v 78 % (7 kl. odpovědí), oproti učitelce, která pouze v 11 % (1 kl. odpověď) tento projev vnímá, a to v případě, kdy chlapec bezdůvodně pohybuje rukama nebo nohama. Z grafu č. 20 je zřejmé, že projevy v této oblasti rodiče vnímají intenzivněji než učitelka, proto není možné předpoklad P2 potvrdit.

Uvedené odlišnosti v chování jsou projevem, dle názoru obou respondentů, které se přítomno v situacích v domácím i školním prostředí a střední mírou intenzity zasahuje do sociálních vztahů v rodině i vztahů vrstevnických. Vnímání tohoto jevu je oběma stranami posuzováno jako shodné, a proto nelze potvrdit ani předpoklad P3.

Diagnostická kritéria DSM-IV (viz příloha C) a výsledky dotazníkového šetření z pohledu rodičů potvrzují možný typ ADHD kombinovaný. Z pohledu učitelky, která nepotvrdila symptomy hyperaktivity ani impulzivity, je možné usuzovat na ADHD s převahou poruchy pozornosti.

Respondent č. 21 - chlapec 5 let, MŠ 3



Graf č. 21 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

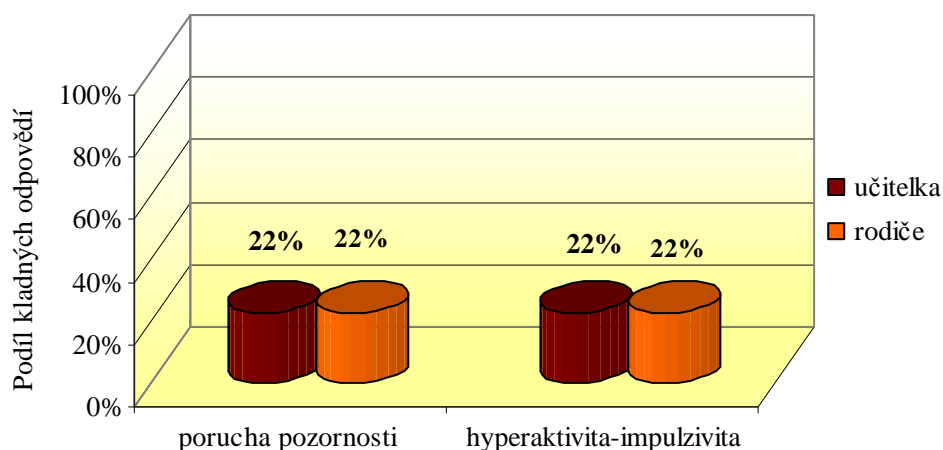
Z celkového hodnocení průzkumného orientačního šetření chlapce zaznamenaného v grafu č. 21 je patrné, že výraznější rozdíl v počtu kladných odpovědí je v oblasti možné poruchy pozornosti. Položky č. 1 – 9, které tuto oblast zahrnují, jsou rodiči hodnoceny plnými 100 % (9 kl. odpovědí) a je tedy zjevné, že možnou poruchu u chlapce vnímají velmi výrazně. Učitelka však tuto oblast zhodnotila pouze 58 % (5 kl. odpovědí) a tímto její přítomnost dle DSM-IV (viz příloha C) nepotvrdila. Z procentuálního vyčíslení vyplývá, že nemůžeme předpoklad P1 potvrdit.

Při posuzování příznaků hyperaktivity a impulzivity položkami č. 10 – 18 je z počtu kladných odpovědí obou respondentů patrné, že u chlapce jsou tyto symptomy zastoupeny a vnímány ve vysokém procentu. Rodiče uvádějí 89 % (8 kl. odpovědí), učitelka plných 100 % (9 kl. odpovědí), kdy se neshodují pouze v tom, že rodiče nemají pocit, že by chlapec odpovídal na položenou otázku dříve, než je položena. I přes to, že rozdíl v hodnocení této oblasti oběma stranami je nepatrný, můžeme předpoklad P2 potvrdit.

Zda se výše popsané projevy chlapce projevují doma i ve školním prostředí, rodiče i učitelka kladnou odpovědí potvrzují a jejich zásah do sociálních vztahů v rodině a s vrstevníky hodnotí jako mírně zasahující. Nemůže být tedy předpoklad P3 potvrzen.

Výsledkem dotazníkového šetření a dle diagnostických kritérií DSM-IV je z pohledu rodičů možné usuzovat na typ ADHD kombinovaný, zatímco z pohledu učitelky, která nepotvrdila možnou poruchu pozornosti, na typ ADHD hyperaktivně -impulzivní.

Respondent č. 22 - chlapec 6 let, MŠ 3



Graf č. 22 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

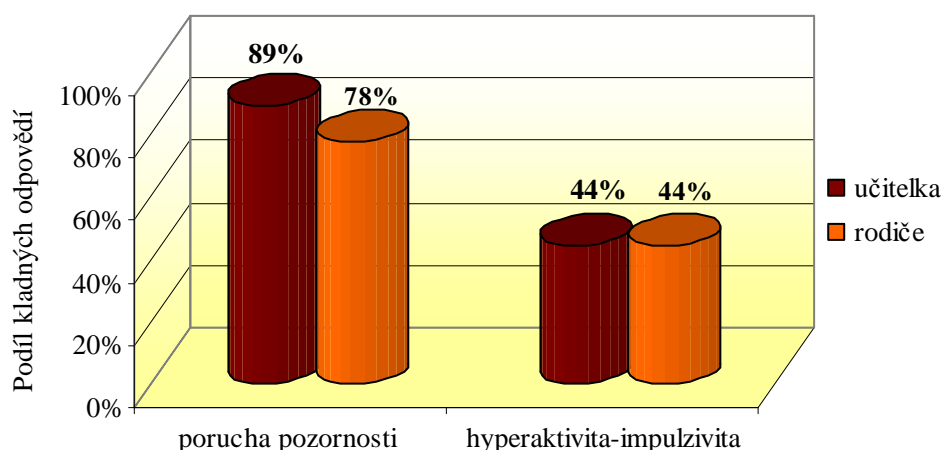
Orientační průzkumné šetření u chlapce a v procentuálním zobrazení v grafu č. 23 je viditelná shoda rodičů i učitelky v počtu kladných odpovědí ve všech třech oblastech, které souvisí se syndromem ADHD. Porucha pozornosti u položek č. 1 – 9 je oběma dotazovanými stranami hodnocena ve 22 % (2 kl. odpovědi) a dle DSM-IV (viz příloha C) není její přítomnost potvrzena. Odlišně rodiče zaznamenali jen pocit, že pokud na chlapce mluví, neposlouchá je, a učitelka vnímá jeho zapomnětlivost v denních aktivitách. Shodné vyčíslení v této oblasti nám tak neumožňuje předpoklad P1 potvrdit.

Stejným způsobem zhodnotili respondenti i symptomy hyperaktivity a impulzivity a ve 22 % (2 kl. odpovědi) tak nepotvrdili přítomnost těchto projevů v chlapcově chování. Zajímavé je, že i když kladně uvedli jen dva příznaky v této šetřené oblasti, shodně vnímají jeho projevy, které se týkají bezděčných pohybů rukama nebo nohama a také jeho neklid a hlasité projevy při hře či jiné činnosti. Protože uvedené projevy zaznamenali totožným počtem kl. odpovědí, ani zde nemůžeme předpoklad P2 potvrdit.

Přestože rodiče ani učitelka doposud nepotvrdili přítomnost symptomů ani v jiné z šetřených oblastí, shodují se na tom, že jimi uvedené projevy v dotazníku se objevují jak v domácím, tak i ve školním prostředí a do rodinných i vrstevnických vztahů zasahují mírnou intenzitou. Nelze potvrdit daný předpoklad P3.

Vzhledem k výsledkům vyplývajícím z orientačního dotazníkového šetření u chlapce a dle diagnostických kritérií DSM-IV není možné potvrdit přítomnost žádného z typu ADHD ani z pohledu rodičů, ani z pohledu učitelky.

Respondent č. 23 - chlapec 6 let, MŠ 3



Graf č. 23 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

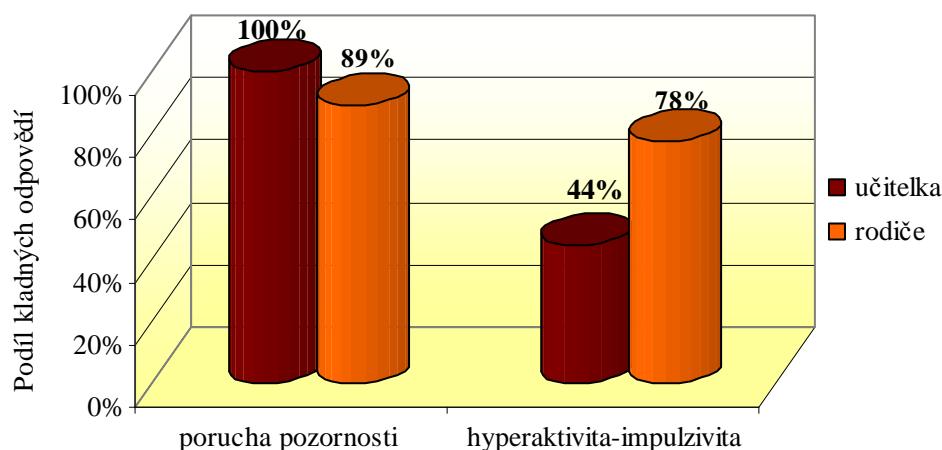
Průzkumné orientační šetření u chlapce zaznamenané v grafu č. 23 procentem kladných odpovědí rodičů a učitelky nepotvrzuje významnější rozdíly ve vnímání odlišností v chování chlapce v šetřených oblastech syndromu ADHD. Příznaky projevující se v oblasti pozornosti u položek č. 1 – 9 vnímají v chlapcově chování rodiče 78 % (7 kl. odpovědí), učitelka 89 % (8 kl. odpovědí) a dle DSM-IV je možné přítomnost poruchy oboustranně potvrdit. Liší se názor rodičů jen v tom, že si nejsou vědomi zapomnětlivosti chlapce v denních aktivitách. Poměrem odpovědí můžeme tedy předpoklad P1 potvrdit.

V počtu kladných odpovědí obou respondentů a tedy ve vnímání a posuzování příznaků hyperaktivity a impulzivity nejsou zaznamenány žádné odlišnosti. Ve 44 % (4 kl. odpovědi) se rodiče i učitelka vzájemně shodli, avšak procentuální vyčíslení v počtu kl. odpovědí dle DSM-IV přítomnost těchto projevů v chlapcově chování nepotvrzuje. Přesto je zajímavé srovnání v naprosté totožnosti vnímání projevů chlapce oběma respondenty v této oblasti, které lze porovnat ve vyplněném dotazníku (viz příloha E, tab. 28). Nemůže však být předpoklad P2 potvrzen.

Rodiče i učitelka dále shodně uvedli, že výše zmíněné chování se projevuje doma i v mateřské škole, avšak dle názoru rodičů do vztahů v rodině zasahuje jen mírně, oproti názoru učitelky, která je vnímá jako středně zasahující do vztahů s vrstevníky. Vyšší míru intenzity, která zasahuje do sociálních vztahů uvedla učitelka a je tímto potvrzen předpoklad P3.

Z celkového vyhodnocení dotazníkového šetření u chlapce a dle klasifikačního systému DSM-IV můžeme usuzovat ze strany rodičů na typ ADHD s převahou poruchy pozornosti a taktéž lze hodnotit i názor učitelky.

Respondent č. 24 - chlapec 6 let, MŠ 3



Graf č. 23 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

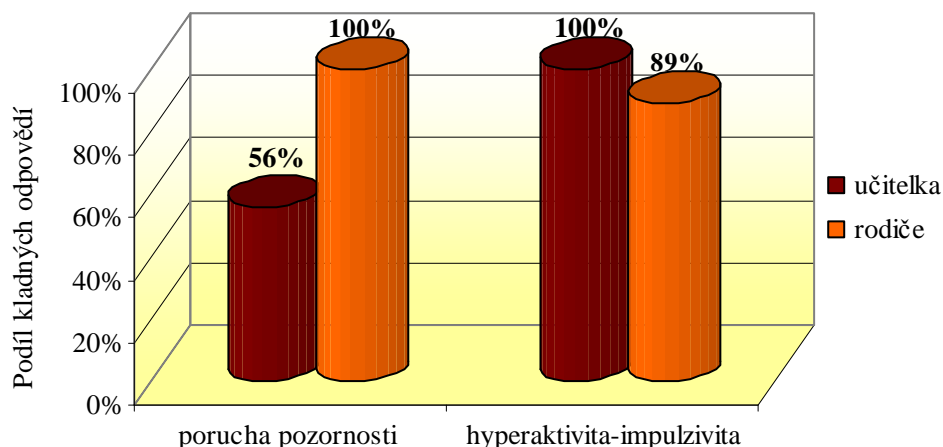
Vyhodnocení dotazníkového šetření u chlapce nevykazuje v oblasti pozornosti větší rozdílnost ve vnímání rodičů a učitelky, zatímco v oblasti hyperaktivity a impulzivity jsou počty kladných odpovědí odlišnější. U chlapce je porucha pozornosti u položek č. 1 – 9 rodiči hodnocena 89 % (8 kl. odpovědí), oproti učitelce, která projevy poruchy vnímá celými 100 %. Rodiče záporně posoudili pouze to, že si nejsou vědomi, že by chlapec ztrácel své věci či hračky. Procentuální vyčíslení zaznamenané v grafu č. 24 tímto předpoklad P1 potvrzuje.

Hyperaktivitu a impulzivitu v chování chlapce rodiče kladně hodnotí v 78 % (7 kl. odpovědí) a tedy některé odlišnosti vnímají. Učitelka svými 44 % (4 kl. odpovědi) přítomnost těchto projevů nepotvrzuje a vnímá je s menší intenzitou než rodiče. Na rozdíl od rodičů neuvádí neustálý pohyb chlapce, nedočkavost, než na něho přijde řada nebo, že by skákal ostatním do jejich hovoru a rušil ostatní děti při hře. Nižším počtem kl. odpovědí učitelky nemůžeme předpoklad P2 potvrdit.

Zda se zmíněné projevy objevují doma a v MŠ kladnou odpovědí rodiče i učitelka potvrzuje, avšak dle rodičů, středně intenzivně ovlivňují sociální vztahy v rodině. Učitelka tento fakt hodnotí mírnou mírou intenzity, z čehož vyplývá nepotvrzení předpokladu P3.

Z celkového hodnocení orientačního dotazníkového šetření u chlapce a dle diagnostických kritérií z pohledu rodičů je možné usuzovat na typ ADHD kombinovaný, oproti učitelce, která nepotvrdila počtem kl. odpovědí hyperaktivitu a impulzivitu a lze hodnotit ADHD s převahou poruchy pozornosti.

Respondent č. 25 - chlapec 6 let, MŠ 3



Graf č. 25 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

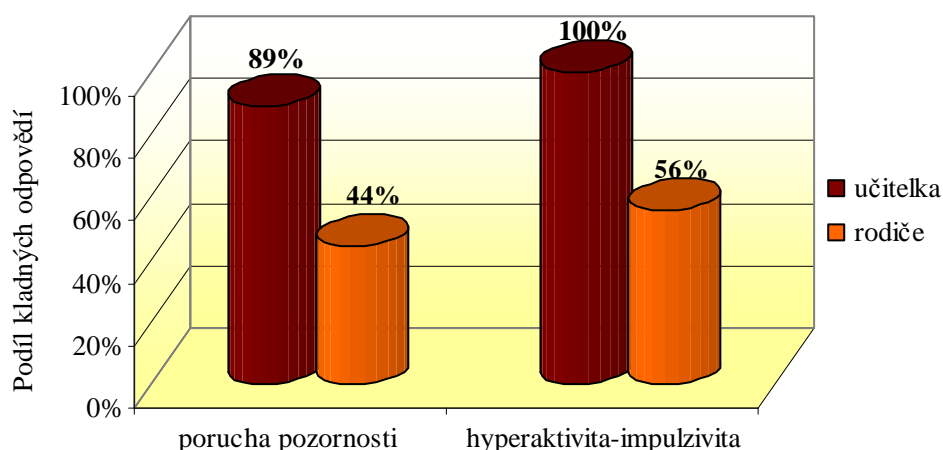
Výsledky orientačního průzkumného šetření chlapce vykazují větší odlišnost v počtu kladných odpovědí u hodnocení v oblasti pozornosti, než v oblasti hyperaktivity a impulzivity. Rodiče 100 % (9 kl. odpovědí) vnímají všechny příznaky u položek č. 1 – 9, učitelka pouze 56 % (5 kl. odpovědí) a projevy možné poruchy nepotvrzuje. Neuvádí u chlapce potíže s udržením pozornosti, nevoli dokončit úkol ani lehkou vyrušitelnost vnějšími podněty. Procentuální vyjádření obou respondentů v grafu č. 25 nepotvrzuje předpoklad P1.

Hyperaktivitu a impulzivitu rodiče hodnotí 89 % (8 kl. odpovědí), učitelka 100 % (9 kl. odpovědí). Projevy v chování chlapce lze tedy hodnotit oboustranně intenzivně. Rodiče nepotvrzují, že by chlapec vyhrknul odpověď dřív než je mu otázka dopovězena. I přesto, že rozdílnost v počtu kladných odpovědí rodičů a učitelky je minimální, je možné předpoklad P2 potvrdit.

Doma i v mateřské škole dle obou respondentů jsou popsány projevy přítomny a sociální vztahy v rodině i s vrstevníky jsou narušovány střední měrou intenzity. Na základě shodného vnímání rodiči i učitelkou nelze předpoklad P3 potvrdit.

Z celkového hodnocení dotazníkového šetření chlapce a dle diagnostických kritérií DSM-IV (viz příloha C) lze předpokládat ze strany rodičů typ ADHD kombinovaný, z pohledu učitelky typ ADHD hyperaktivně - impulzivní bez poruchy pozornosti.

Respondent č. 26 - chlapec 6 let, MŠ 3



Graf č. 26 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

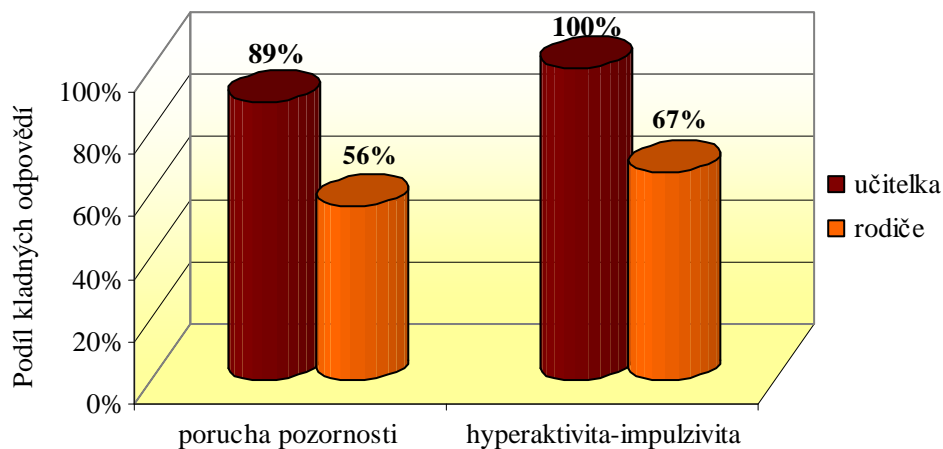
Podle zaznamenaných výsledků dotazníkového šetření u chlapce jsou patrné významné rozdíly v obou sledovaných oblastech. Rodiče zaznamenali v oblasti pozornosti pouze 44 % (4 kl. odpovědi) a nepotvrdili tak tuto poruchu. Učitelka toto hodnotí 89 % (8 kl. odpovědí). Rodiče na rozdíl od učitelky neuvedli, že se chlapec nesoustředí na podrobnosti, nedokončuje svoji práci nebo úkol, nevyhýbá se hře vyžadující jeho soustředěné duševní úsilí a nenechá se lehce vyrušit vnějšími podněty. Graf č. 26 procentuálně vyjadřuje vyšší míru intenzity vnímání učitelkou než rodiči a lze tedy předpoklad P1 potvrdit.

Ani v oblasti hyperaktivity a impulzivity nedošlo ke shodě názorů obou stran. Rodiče toto chování hodnotí 56 % (5 kl. odpovědí) a tudíž dle DSM-IV nelze hovořit o její přítomnosti. V mateřské škole učitelka toto vnímá ve 100 % (9 kl. odpovědí) a je tedy zřejmé, že odlišnosti v této oblasti jsou vnímány výrazněji. Daný předpoklad P2 můžeme potvrdit.

Oběma respondenty je výskyt těchto projevů potvrzen kladnou odpovědí, avšak chování chlapce rodiče nevnímají jakýkoliv způsobem zasahující do rodinných vztahů. Učitelka uvádí, že do vztahů s vrstevníky jeho projevy zasahují mírně. Předpoklad P3 je tímto potvrzen.

Z vyhodnocení šetření a dle hodnotících kritérií DSM-IV vyplývá, že z pohledu rodičů není narušena oblast pozornosti, ani se neprojevuje hyperaktivita či impulzivita. Nemůžeme tedy potvrdit žádný z typů ADHD, zatímco z pohledu učitelky shledává odlišnosti ve všech oblastech, a je možné předpokládat typ ADHD kombinovaný.

Respondent č. 27 - chlapec 6 let, MŠ 3



Graf č. 27 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 - 18

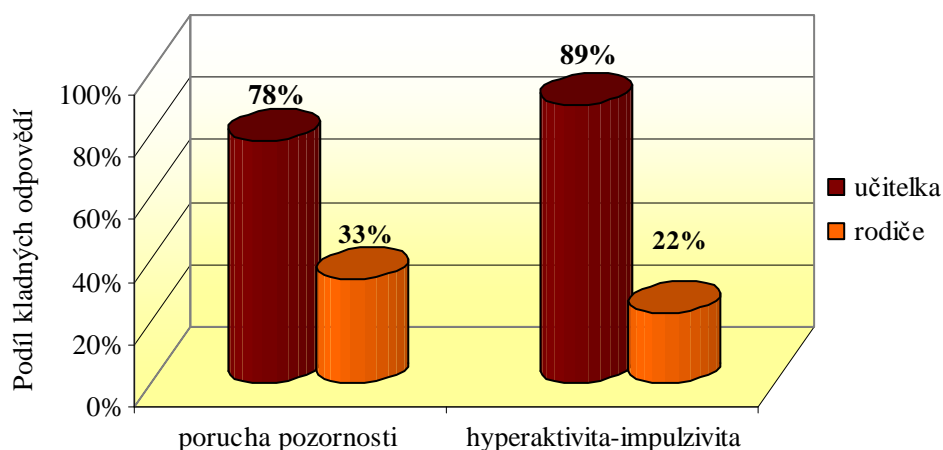
Podíl kladných odpovědí zaznamenaných v grafu č. 27 vykazuje jisté odlišnosti ve vnímání chování chlapce rodiči i učitelkou v šetřených oblastech. U položek č. 1 – 9 hodnotící poruchu pozornosti rodiče kladně odpověděli v 56 % (5 kl. odpovědí) a dle DSM-IV (viz příloha C) tímto nepotvrdili tuto poruchu. Učitelka tutéž poruchu hodnotí 89 % (8 kl. odpovědí) a dle uvedených kritérií ji potvrzuje. Rodiče na rozdíl od učitelky nenabývají pocitu, že je chlapec neposlušný, když na něho mluví, není schopen udržet svoji pozornost a nečiní mu ani problém soustředit se na podrobnosti při práci a tudíž ani nedělá chyby z nepozornosti. Procentuální vyjádření v uvedeném grafu umožňuje předpoklad P1 potvrdit.

Projevy související s hyperaktivitou a impulzivitou u položek č. 10 – 18 se v mateřské škole dle učitelky se vyskytují výrazným způsobem a hodnotí je 100 % (9 kl. odpovědí). Rodiče stejné projevy nevnímají tak výrazně a hodnotí je 67 % (6 kl. odpovědí). Chlapec dle jejich názoru nevstává a neopouští své místo, kdy by měl sedět, vydrží čekat, než na něho přijde řada, a na otázku odpovídá až je dopovězena. Míra intenzity vnímání v této oblasti je u učitelky vyšší než u rodičů a můžeme tedy předpoklad P2 potvrdit.

Zmíněné chování projevující se v domácím i školním prostředí je oběma stranami potvrzeno kladnou odpovědí. Do sociálních vztahů v rodině jeho projevy zasahují dle názoru rodičů jen mírně, avšak učitelka uvádí střední míru intenzity, která zasahuje do vrstevnických vztahů. Proto je možné předpoklad P3 potvrdit.

Podle diagnostických kritérií DSM-IV, kdy z pohledu rodičů není potvrzena porucha pozornosti, je možné předpokládat typ ADHD hyperaktivně - impulzivní. Učitelka kladně hodnocenými projevy ve všech oblastech potvrzuje typ ADHD kombinovaný.

Respondent č. 28 - chlapec 7 let, MŠ 3



Graf č. 28 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

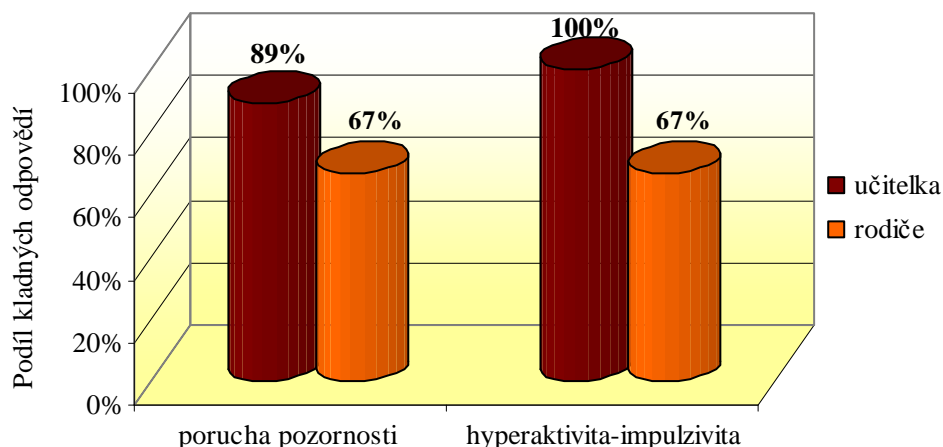
Vyhodnocení orientačního průzkumného šetření chlapce ukazuje značné rozdíly v podílu kladných odpovědí rodičů a učitelky ve všech oblastech syndromu ADHD. Položkami č. 1 – 9 rodiče v 33 % (3 kl. odpovědi) nepotvrdili poruchu pozornosti oproti učitelce, která ji v 78 % (7 kl. odpovědi) potvrdila. Rodiče na rozdíl od učitelky nepřipouští chlapcovy chyby z nepozornosti, jeho koncentraci pozornosti, neschopnost dokončit započatý úkol, ani to, že by si nebyl schopný své činnosti zorganizovat. Dle jejich názoru poslouchá, když na něho mluví, své hračky neztrácí a nenechá se při své hře vyrušit vnějšími podněty. Vyšším procentem kladných odpovědí učitelky je možné proto předpoklad P1 potvrdit.

Projevy hyperaktivity a impulzivity hodnocené položkami č. 10 – 18 rodiče hodnotili pouze 22 % (2 kl. odpovědi) a lze říci, že odlišnosti v jeho chování nepřipouští. Učitelka tyto projevy kladně hodnotila 89 % (8 kl. odpovědi) a je patrné, že v kolektivu dětí se projevují výrazným způsobem. Shodli se pouze v názoru, že chlapec leze či pobíhá v situacích, kdy to není vhodné a nevydrží čekat, až na něho přijde řada. Učitelka tedy vnímá tyto projevy intenzivněji než rodiče, proto lze předpoklad P2 potvrdit.

Výše popsané odlišnosti v chování chlapce, projevující se v domácím i školním prostředí, jsou hodnoceny oběma stranami kladně a do rodinných vztahů dle názoru rodičů zasahují mírným způsobem. Učitelka toto hodnotí jako středně zasahující způsob do vrstevnických vztahů. Je tedy potvrzen předpoklad P3.

Podle diagnostických kritérií DSM-IV (viz příloha C) a uvedených kladných odpovědí dotazovaných stran lze z pohledu rodičů vyloučit ADHD, a však z pohledu učitelky se jedná o typ ADHD kombinovaný.

Respondent č. 29 - chlapec 7 let, MŠ 3



Graf č. 29 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

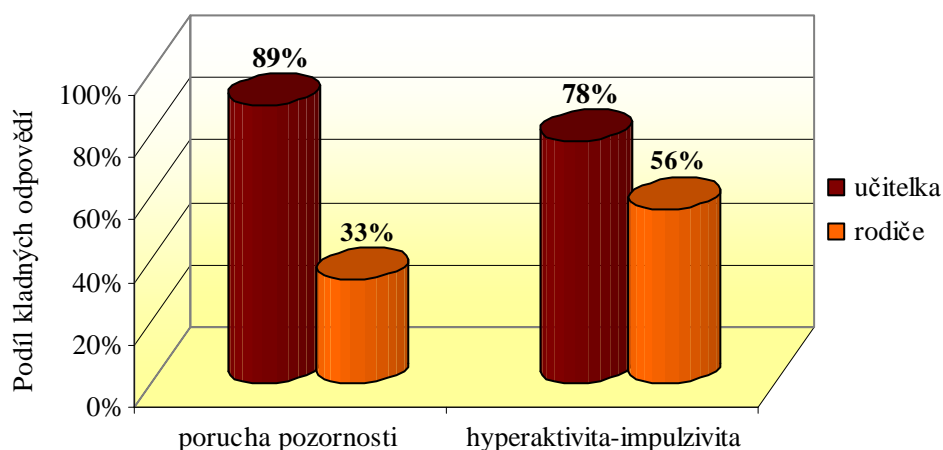
Orientační průzkumné šetření chlapce nevykazuje v podílech kladných odpovědí respondentů významné rozdíly. Možná porucha pozornosti, která je obsahem položek č. 1 – 9, je rodiči hodnocena 67 % (6 kl. odpovědí) a dle DSM-IV (viz příloha C) je u chlapce přítomna. Učitelka tuto oblast hodnotí 89 % (8 kl. odpovědí) a taktéž poruchu potvrzuje. Rodiče na rozdíl od učitelky nevnímají u chlapce potíže s udržení pozornosti či zapomnětlivost v jeho denních aktivitách a taktéž nemají pocit, že by je neposlušal, když na něho mluví. Procento vyčíslené v grafu č. 29 prokazuje výraznější vnímání u učitelky a můžeme předpoklad P1 potvrdit.

Symptomy hyperaktivního a impulzivního chování chlapce jsou rodiči zaznamenány v 67 % (6 kl. odpovědí) a učitelkou plnými 100 % (9 kl. odpovědí). Je tedy zjevné, že v kolektivu dětí se odlišnosti v chlapcově chování projevují výraznější měrou. Rodiče však nepotvrzují chlapcovu nepřiměřenou upovídanost či nedočkavost, ani skutečnost, že by vstával a opouštěl své místo, když má sedět. Podíl kladných odpovědí je v případě učitelky vyšší a lze předpoklad P2 potvrdit.

Vzhledem k uvedeným odlišnostem respondenti kladně hodnotí přítomnost těchto projevů doma i v mateřské škole. Zmíněné projevy střední měrou ovlivňují sociální vztahy v rodině, a dle názoru učitelky výraznou měrou vrstevnické vztahy v mateřské škole. Lze tedy potvrdit předpoklad P3.

Klasifikační systém DSM-IV a zaznamenané kladné odpovědi rodičů i učitelky shodně hodnotí předpoklad ADHD kombinovaného typu.

Respondent č. 30 - chlapec 7 let, MŠ 3



Graf č. 30 Podíl hodnotících kritérií ADHD z pohledu učitelky a rodiče u položek č. 1 – 18

Výsledkem orientačního průzkumného šetření u chlapce a dle DSM-IV (viz příloha C) je zjištěno, že podíly uvedených kladných odpovědí obou respondentů jsou odlišné. Symptomy potvrzující možnou poruchu pozornosti u položek č. 1 – 9 rodiče uvádějí ve 33 % (3 kl. odpovědi), tudíž je nepotvrzují. Učitelka v 89 % (8 kl. odpovědí) přítomnost poruchy potvrzuje. Na rozdíl od učitelky problém s udržením pozornosti, nelibostí dokončit úkol, zapomnětlivost v denních aktivitách chlapce či vyrušitelnost okolními podněty při hře nebo práci rodiče nepotvrzují. Nenabývají ani pocitu, že by chlapec neposlušoval, když na něho mluví. Procentuální vyjádření kladných odpovědí učitelky v grafu č. 30 potvrzuje předpoklad P1.

Mírný rozdíl vidíme též v oblasti hyperaktivity a impulzivity u položek č. 10 – 18. Symptomy v chování chlapce se podle rodičů vyskytují v 56 % (5 kl. odpovědí), podle učitelky v kolektivu dětí v 78 % (7 kl. odpovědí). Rozcházejí se v názoru, kdy rodiče nepotvrzují, že by si chlapec nedokázal tiše a v klidu hrát a opouštěl své místo, když má sedět. Odlišnosti v chování chlapce učitelka vnímá a potvrzuje větším počtem kladných odpovědí a můžeme předpoklad P2 tedy potvrdit.

Popsané projevy se dle kladné odpovědi obou respondentů objevují v domácím prostředí i v mateřské škole a mírnou intenzitou podle názoru rodičů zasahují do vztahů v rodině. Do sociálních vztahů s vrstevníky však podle názoru učitelky zasahují výraznou měrou. Proto lze předpoklad P3 potvrdit.

Z celkového vyhodnocení dotazníkového šetření u chlapce a podle diagnostických kritérií DSM-IV z pohledu rodičů syndrom ADHD potvrzen není, z pohledu učitelky lze předpokládat typ ADHD kombinovaný.